Czasopismo Lekarskie

VIII. **1906. Czerwiec.** 6.

Szpital Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi.
Z oddziału dr. Brudzińskiego.

Z kazuistyki tyfusu brzusznego u dzieci.

Podał, Dr. **T. Mogilnicki.**
Lekarz—intern szpitala.

Brak wodociągów, kanalizacyi i innych urządzeń hygienicznych, warunki ekonomiczno-społeczne, w jakich są zmuszeni żyć mieszkańcy Łodzi, sprzyjają rozwojowi wszelkich chorób infekcyjnych, a więc i tyfusu. Podczas gdy gdzieindziej w miarę uzdrowotnienia miast tyfus brzuszny spotyka się coraz rzadziej, u nas istnieje on endemicznie i nie wygasa nigdy.

Do szpitala Anny Maryi od dn. 1 listopada 1905 r. do dn. 1 kwietnia 1906 przyjęto 270 dzieci z tych 13 chorych na tyfus czyli około 5% wszystkich chorych, odsetka — w porównaniu ze szpitalami w innych miastach—znaczna.

Pogląd lekarzy z pierwszej połowy XIX wieku jakoby dzieci na tyfus zapadały bardzo rzadko, został przez cały szereg badaczy obalony. Według prac ostatnich tyfus zdarzać się może we wszystkich okresach wieku dziecięcego, nie wyłączając nawet niemowląt. Tyfus u dzieci spotyka się nieco rzadziej, niż u dorosłych, szczególniej u dzieci do lat 2-ch (M a r f a n) *), i przebiega w łagodniejszej i mniej typowej postaci i może dlatego też rzadziej był rozpoznawany. Śmiertelność tyfusu u dzieci F i l a t o w podaje na 3—10%, podczas gdy u dorosłych wynosi ona 17—25%. Najłagodniej przebiega tyfus u dzieci od 3—8 lat; w ogromnej większości przypadków w tym okresie wieku dziecięcego tyfus przebiega bez charakterystycznych objawów zarówno ogólnych, jak i miejscowych **). Tak zwany status typhosus występuje rzadko, ciepłota nie ma typowego przebiegu, nie dochodzi zazwyczaj do 40°, trwa dosyć krótko 1—2 tygodnie, rokowanie jest dobre i powikłania zdarzają się nie często. Te postacie H e u b n e r nazywa Kinder-typhus, Typhus levis, Typhulus.

Tyfus u starszych dzieci od 8—14 lat i co do objawów klinicznych i zmian anatomo patologicznych przypomina tyfus u dorosłych. Okres zwiastunów bywa dosyć długi, 3 — 7 dni, ciepłota powoli wznosi się. Okres szczytowy bardzo wysokiej gorączki, koło 40°, trwa 2 tygodnie i dłużej, następnie przez dni kilka występują większe wahania ciepłoty i wreszcie gorączka ustępuje zupełnie. W tym też okresie spotykamy ciężki status typhosus, często z zupełną utratą przytomnosci i bredzeniem, powiększenie śledziony, roseola, typowy język. U starszych dzieci, wprawdzie rzadziej niż u dorosłych, występują jako powikłania: krwawienia kiszkowe, przedziurawienie kiszki z następczem zapaleniem otrzewnej.

Według większości badaczy (M a r f a n, G e r h a r d t, B a g i n s k y, R o s e n f e l d), tyfus u niemowląt spotyka się rzadko i przebiega w postaci choroby bardzo ciężkiej, dającej 50% zejść śmiertelnych. Zaczyna się zwykle nagle od wysokiej gorączki i drgawek, przebiega szybko, śledziona bywa niemacalna, roseolae nie wyrażone, krzywa ciepłoty nie typowa, nie rzadko występuje głośny krzyk mózgowy (Cri hydrocephalique). F i s c h l *) przeciwnie uważa tyfus za chorobę spotykaną u niemowląt dosyć często, przebiegającą łagodnie z typową gorączką, powiększoną śledzioną i roseolą.

W szpitalu Anny-Maryi wobec braku oddziału dla niemowląt tyfusu u nich nie obserwowaliśmy, a rozpoznanie ambulatoryjne tyfusu nastręczać musiało zawsze pewne wątpliwości. Obserwacya więc opiera się wyłącznie na internowanych w szpitalu przypadkach.

Wiek dzieci. Z 13-u obserwowanych dzieci 5 było wieku od 4—8 lat, 8-u od 8—13 lat. Z młodszych u jednego tylko przebieg był ciężki (5 letni chłopiec,) u starszych przeciwnie—na 6 przypadków tylko dwa lżejsze. Bardzo lekkiej postaci tyfusu nie mieliśmy.

*) M a r f a n. Fievre typhoide. Traité de maladies de l'enfance t. I. str. 317.

**) R o s e n f e l d. Ueber den Abdominaltyphus in verschiedenen Altersperioden der Kinder. Jahrbuch für Kinderheilkunde B. 48.

*) F i s c h l. Bauchtyphus. Handbuch für Kinderheilkunde herausgegeben von prof. P f a u n d l e r und prof. S c h l o s s m a n. I. Band II. Hälfte. S. 832. 1906.

Początek choroby w dwóch przypadkach nagły, bez okresu zwiastunów: silny ból głowy, wysoka gorączka; w 4-ch przypadkach okres zwiastunów trwał 1—3 dni, w 7-iu 7—10 dni. Stolce w początkach choroby w 2-ch przypadkach zaparte, w pozostałych wolne. Wymiotów nie notowano ani razu.

Gorączka trwała od 17 do 48 dni, licząc od podawanego przez rodziców początku choroby. Okresu (wstępnego) wznoszenia się ciepłoty nie mieliśmy sposobności obserwować ani razu. Okres szczytowy (acne) typowej ciągłej (continna) gorączki zauważono w 6 przypadkach wyłącznie u starszych dzieci, raz trwał on 7 dni (13 lat), 2 razy 11 dni (7 i 10 lat), raz 12 dni (10 lat), raz 17 dni (11 lat) i raz 20 dni (12 lat). Ciepłota niejednokrotnie przekraczała 40^0, w jednym przypadku dosięgła 41^{0}2, pod pachą.

Przebieg szczytowej gorączki u młodszych dzieci był bardziej nieprawidłowy z wahaniami znacznemi często w godzinach rannych ze spadkami do normy. Okres spadku ciepłoty przebiegał z mniej lub więcej długotrwałemi wahaniami i trwał przeważnie od 5—10 dni, w 3-ch przypadkach długo, bo 20—28 dni. Krytycznego spadku nie widzieliśmy ani razu.

Tętno zbliżało się u starszych dzieci do typu dorosłych, było po większej części stosnnkowo wolne 100—110 na minutę, pomimo bardzo wysokiej ciepłoty, w 2-ch przypadkach przebiegających bardzo ciężko krzywa tętna przekraczała krzywą ciepłoty i dochodziła do 160 i wyżej.

U młodszych dzieci zauważono wogóle przyśpieszenie znaczne tętna do 140 i więcej.

W okresie gorączkowym arytmii nie obserwowano; podczas stanu bezgorączkowego wystąpiło w 2 przypadkach typowe przerywanie tętna, trwające dni kilka.

W jednym przypadku spostrzegaliśmy lekki szmer podmuchowy przy wierzchołku w okresie szczytowym gorączki; szmer trwał 2 tygodnie; raz jeden również szmer podmuchowy bardzo wybitny po ciężkim przebiegu tyfusu już w okresie wyzdrawiania, szmer zwiększał się przy ruchach chorej — znikł po 4 tygodniach.

System nerwowy. U starszych dzieci silne bóle głowy, w cięższych przypadkach zupełna utrata przytomności, bredzenie, zrywanie się z łóżka, oddawanie pod siebie uryny i stolca, u młodszych rozdraźnienie, senność.

W dwóch przypadkach stwierdzono przemijającą *głuchotę* w okresie szczytowym gorączki.

Powiększenie śledziony notowano w 10 przypadkach, w jednym bolesność w okolicy śledziony.

Różyczka (roseola) występowała w 8 przypadkach.

Łuszczenie skóry drobne w okresie wyzdrawiania po ciężkim przebiegu tyfusu—3 razy.

Obłożenie języka zauważono w 10 przypadkach, w 4 nalot był brudno szary, język popękany, suchy, brzegi języka wilgotne, czerwone, w tych też przypadkach ciągnący się śluz pokrywał dziąsła i zęby.

Umiarkowane *wzdęcie brzucha* zauważono 4 razy, przelewanie w okolicy ślepej kiszki 3 razy.

Stolce wolne, grochówkowate, spotykano w 10 przypadkach, najczęściej jednak nie przez cały czas trwania tyfusu. W 3 przypadkach w 3—4 tygodniu choroby spostrzegano bardzo twarde stolce, tak twarde, że przez skórę brzucha wymacywano je w postaci dużych guzów.

Stolce te, zabarwienia prawie białego, zlekka cuchnące, przypominały kamienie kiszkowe i z trudnością dawały się rozdzielać. Chory oddawał stolec z trudem, najczęściej po lawatywie z oliwy, kilka razy po oddaniu stolca zauważono pęknięcie w okolicy odbytnicy.

H e n z y *) przypuszcza, że zależy to od stosowania wyłącznie diety mlecznej w tyfusie. Obserwacya nasza porwierdza przypuszczanie H e n z y e g o, ponieważ zupełne lub częściowe wyłączenie u tych chorych mleka poprawiało jakość stolca i usuwało inne objawy, (ból brzucha, nasilenia gorączkowe) bez uciekania się do środków aptecznych.

Krwawienia kiszkowego i objawów *przedziurawienia* kiszek nie notowano ani razu.

Suchy *nieżyt oskrzeli* występował w 6 przypadkach, krótkotrwały białkomocz w 3-ch, u jednego chorego w okresie ciągłej gorączki przez dni kilka znajdowano składniki nerkowe i ziarniste wałeczki.

*) H e n z y. Fecal impaction in typhoid fever. The americ. Journal of the medic. sciences Jul. 1902. Ref. Jahrbuch für Kinderheilkunde B, 59.

Diazoreakcya występowały prawie zawsze z większem lub w mniejszem natężeniem.

Zapalenie środkowego ucha notowano raz jeden.

Do bardzo przykrych i uporczywych powikłań należą *ropnie*, które zdarzały się w naszych przypadkach u 3 chorych. Raz głębokie ropnie, goleni i przedramienia, raz bardziej powierzchowne, brzucha i nogi i raz na twarzy i czole. Ropnie te goiły się bardzo powoli.

Zejście we wszystkich 13-u przypadkach obserwowanych w szpitalu było pomyślne.

Dla lepszego uwydatnienia niektórych szczegółów przebiegu tyfusu u dzieci przytoczę kilka historyi chorób w skróceniu:

I. Gertruda T., lat 11, (krzywa ciepłoty Nr 1), przyjęta d. 14/XI 05. Od 7-iu dni bóle głowy biegunka, od wczoraj leży w łóżku. (W tym samym domu panuje podobno tyfus). T. 40,4; tętno 120, apatyczna, przytomna, śledziona nie macalna; roseola nie widoczna, język obłożony, suchy, brzegi wilgotne, czerwone.

15/XI (9-ty dzień choroby) T⁰ r. 40⁰. P. 122 w nocy spała niespokojnie, majaczyła; przytomna, skarzy się na silne bóle głowy; w okolicy ślepej kiszki przelewania.

17/XI Zupełnie nieprzytomna, urynę i stolec oddaje pod siebie; ciężki status typhosus; Tętno 118, język suchy, brudny typowy nalot na zębach i dziąsłach.

20/XI. Stale nieprzytomna, na skórze brzucha kilka znikających przy ucisku różowych plamek (r o s e o l a), śledziona nie macalna; w urynie białka niema, diazoreakcya, tętno 130, dosyć słabe.

23/XI (17 dzień choroby). Przytomniejsza nieco, roseola utrzymuje się, śledziona nie macalna. W płucach liczne suche rzężenia. Tętno 120, silniejsze.

25/XI. Przytomna, stan ogólny lepszy. Tętno 124.

1/XII. Język oczyścił się prawie zupełnie, roseola znikła.

4/XII. Ograniczone zaczerwienienie z prawej strony w okolicy stawu biodrowego. Rozdrażniona.

8/XII (32 dzień choroby). Stan ogólny znacznie lepszy; zwiększone łaknienie. T. 37,0. Tętno 94.

9/XII T.⁰ wczoraj wieczorem podniosła się do 40,5, dzisiaj spadła do 38,2. Skóra na tułowiu łuszczy się. Tony serca czyste. Tętno 100.

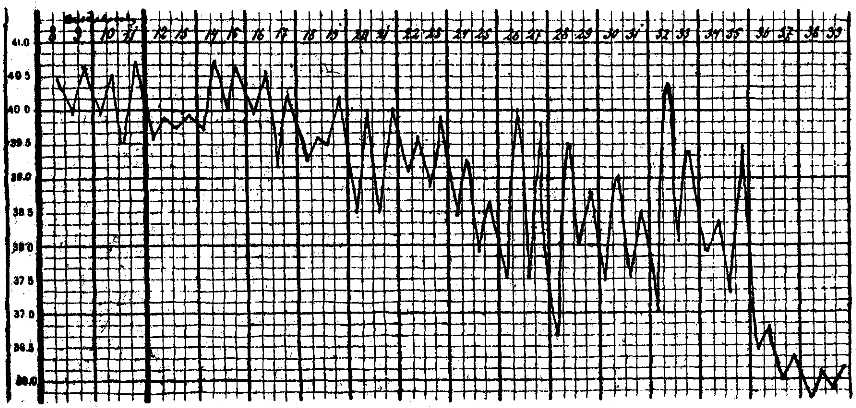
13/XII. T⁰ normalna od 2 dni, tętno 90.

22/XII. Szmer podmuchowy nad wierzchołkiem serca, zwiększający się przy ruchach; granice serca normalne.

27/XII. Tętno w pozycyi leżącej 90, po ruchach 144, szmer słyszalny prawie wyłącznie po wysiłku.

Chora w 2 miesiące po wypisaniu się była w szpitalu. Szmeru wtedy nie stwierdzono.

№ 1. Gertruda T. lat 11.



II. Józef P., 10 lat, (krzywa ciepłoty Nr. 2). Przywieziony d. 20/XI 05. Chory od 9 dni, od 2 dni wysoka gorączka. T⁰ 40,6. Tętno 132 słabe; apatyczny, na pół przytomny. Brzuch wzdęty, śledziona nie macalna. W moczu ślady białka, nieliczne wałeczki i ciałka ropne.

21/XI. Stan ogólny bardzo ciężki (status typhosus). Zupełnie nieprzytomny, zrywa się. Tętno słabe 144.

22/XI (12 dzień choroby). T° wczoraj wieczorem 41,2. Tętno słabe 140; na skórze brzucha pojedyńcze różowe plamki (roseola), brzuch wzdęty, śledziona nie macalna. Brudne naloty na zębach, język suchy.

24/XI. T° 40,2. Tętno 150 słabe. Stan bardzo ciężki, niespokojny, zrywa się, głośno krzyczy. Śledziona wyczuwa się. Stolce wolne grochówkowate.

28/I. T° w 40,7 r. 39,6. Tętno bardzo słabe 170, nieprzytomny, jak poprzednio, urynę i stolec oddaje pod siebie. Język suchy.

30/XI (20 dzień choroby). T° 38,4. Tętno 140. W płucach nieliczne rzężenia.

2/XII. Przytomniejszy nieco. T. 39,2. Tętno 140.

4/XII. Tętno 124 mocniejsze. Stan ogólny lepszy. Z prawej strony koło stawu biodrowego odleżyna, z lewej zaczerwienienie. Śledziona macalna.

5/XII. Z prawego ucha wyciek ropny. W urynie białka niema.

8/XII. (28 dzień choroby). Tętno 112, dosyć mocne. Na skórze brzucha 2 małe wrzodzianki, łuszczenie skóry na tułowiu.

12/XII. St. afebrilis. Tętno 96. Siedzi sam, śmieje się, apetyt bardzo duży.

22/XII. Ropień na prawym przedramieniu i goleni. Uryna mętna, w urynie białko 2°/₀₀, pod mikroskopem bardzo liczne ciałka ropne, elementów nerkowych niema.

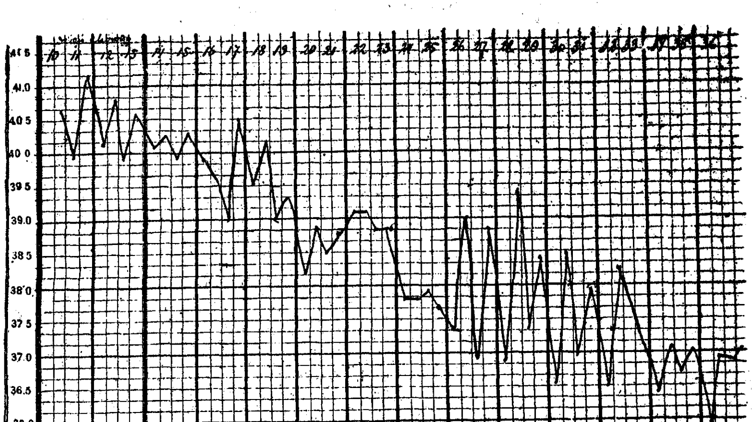
24/XII. W urynie białko 1°/₀₀, z obu ropni wydziela się dużo ropy.

30/XII. Na ręce ropień goi się, z ropnia nogi wydziela się ropa.

13/I. Rana na nodze prawie zgojona.

Po wypisaniu przychodził przez 2 tygodnie na opatrunki.

№ 2. Józef P. lat 10.



III. Franciszek O. 10 lat przyniesiony dn. 11/XI. Chory od 5 dni, pokładał się. Chory apatyczny, przytomny. Tętno 120 T. 39,2. Język obłożony, wilgotny. Śledziona nie macalna, w okolicy śledziony bolesność. W moczu białka niema.

13/XI. Tętno 90. T° 38,7. W płucach rzężeń nie słychać. Język obłożony, brzegi czerwone, bolesność z lewej strony pod łukiem żebrowym. Przytomny, senny, apatyczny. W moczu dziazoreakcya.

23/XI. (18 dzień choroby) śledziona macalna, miękka. Rozeoli nie widać. Stolce normalne. P. 102. T. 39,2.

30/XI. Stolec jasny, dosyć twardy, raz dziennie. Śledziona wyczuwa się. P. 100.

3/XII. Stolec b. twardy. Przy oddawaniu stolca pęknięcie w okolicy odbytnicy z krwawieniem.

13/XII. (38 dzień choroby). Stolca od 2 dni nie było. W okolicy S. R o m a n u m i ślepej kiszki wyczuwają się duże ruchome twarde guzy.

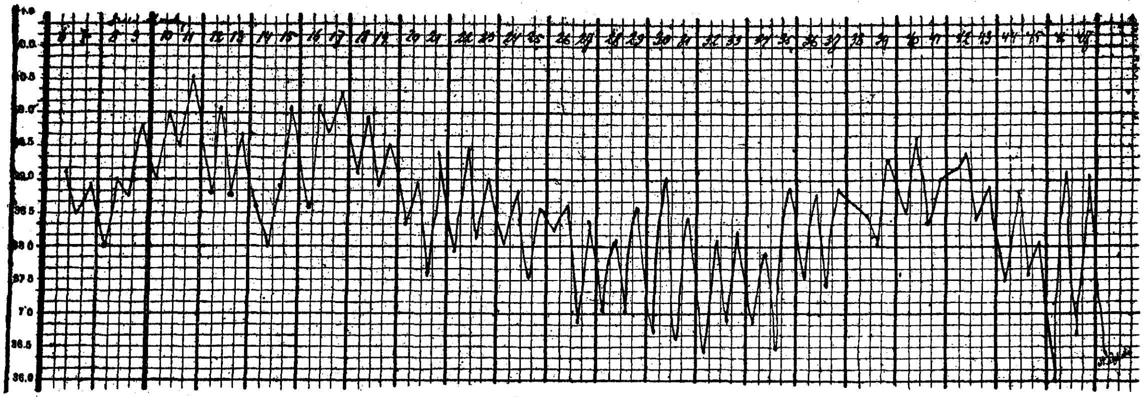
15/XII. T. w. 39,4. Stolce po lawatywie b. obfite, twarde, białe; pęknięcia koło odbytnicy. Brzuch mniej wzdęty, guzy nie wyczuwają się.

18/XII. Od 2 dni stolca nie było. Bóle w okolicy pachwinowej lewej; po lawatywie obfity twardy stolec.

26/XII. Stolce twarde.

6/I. Wypisany zdrów.

№ 3. Franciszek O. 10 lat.



Leczenie zasadzało się głównie na stosowaniu letnich (28 — 29°) kąpieli z chłodniejszemi (24°) oblewaniami. Częstość kąpieli uzależniano od wysokości ciepłoty. Kąpiele znoszone były wogóle dobrze. Temperatura spadała po kąpieli od 0,5—1,2 stopnia.

Po za tem stosowano w razie potrzeby środki podniecające i, rzadko, odkażające.

Wnioski, jakie można wyprowadzić z obserwowanych przez nas przypadków, są następujące:

1. Tyfus u dzieci daje pomyślniejsze rokowanie niż, u dorosłych, pomimo niejednokrotnie ciężkiego przebiegu.

2. Krzywa ciepłoty rzadko bywa typową; okres chwiania się (st. amphibolicum) często trwa bardzo długo, czasem już po spadku do normy zdarzają się podniesienia ciepłoty bez jakichkolwiek widocznych przyczyn.

3. Powikłania w postaci nieżytu oskrzeli, ropni w rozmaitych częściach ciała, spotykają się stosunkowo często, natomiast krwotoki kiszkowe i przedziurawienie kiszek u dzieci należy do wypadków rzadkich.

4. W okresie zdrowienia wskutek osłabienia mięśnia sercowego występuje często wzmożona pobudliwość serca i nierównomierność tętna.

5. Stosowanie wyłącznie mlecznej dyety może niekiedy wywołać zaparcie stolca, a nawet kamienie kałowe.

Kilka uwag o krętku bladym-spirochaete pallida.

Podał Dr. **Jakób Puterman** (Sosnowice). *).

Stosownie do morfologicznych własności wyróżniamy trzy rodziny drobnoustrojów:

1) Ziarenkowate—coccaceae.
2) Prątkowate—bacillaceae.
3) Krętkowate—spirillaceae.

Rodzina krętkowatych, zależnie od ilości zakrętów u poszczególnych egzemplarzy, rozpada się na trzy grupy:

1) Vibrio—krótka, zgięta w postaci przecinka pałeczka, często o jednej końcowej rzęsce.

2) Spirillum-dłuższa, spiralnie zwinięta pałeczka, często o końcowym pęczku rzęsek; wreszcie

3) Spirochaete-długa grajcarkowata nitka o błonce falującej, otaczającej nić osiową w postaci falbanki. Ruchy spirochetów odbywają się za pomocą tej falującej błonki, czem się różnią od spirillów, które poruszają się za pomocą rzęsek, aczkolwiek w ostatnich czasach spostrzegał Zettnow rzęski u krętków tyfusu powrotnego, oraz u krętków kurzych, Schaudinn zaś u krętka bladego.

Dotychczas sporną jest kwestya, do jakich drobnoustrojów zaliczyć należy spirochety. Z powodu braku jąder w ciele spirochetów uważano je dotychczas za bakterye (Ehrenberg-Thesing). Ze względu jednakże na to, że spirochety

*) Rzecz czytana na posiedzeniu Częstochowskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 21 kwietnia 1906 r.

posiadają wiele wspólnych cech biologicznych z wiciowcami (flagellata), a właściwie ze świdrowcami (trypanosoma) w pewnym ich okresie rozwojowym (podział wzdłuż osi; własności barwikowe w stosunku do barwika Giemzy; chorobotwórczość pewnego gatunku świdrowca, wywołującego u koni chorobę do przymiotu ludzkiego podobną t. z. dourine; znaczniejsza ilość i żywsze ruchy pasorzytów nocną porą (Herxheimer), Schaudinn zalicza spirochety do pierwotniaków-protozoa. Villemin zaś wyodrębnia krętka bladego z pośród innych spirochetów z powodu pewnych cech, pasorzytowi temu tylko właściwych i proponuje dlań osobną nazwę *Spironema.*

Dotychczas z pośród spirochetów znane nam są nieliczne tylko ich zastępy, odgrywające pewną rolę w patologii, i tak:

Spirochaete Obermeieri, powodujący tyfus powrotny; krętek ten, zaszczepiony małpom, wywołuje u nich w trzy i pół dnia po zaszczepieniu napad febryczny bez nawrotów; stan chorobowy pogarsza się po wyłuszczeniu śledziony. *Spirochaete dentium* spotyka się nieraz w ropniach miazgi zębowej w czystej prawie hodowli i może powodować przerzuty w różnych narządach. *Spirochaete gallinacea et anserina*, powodujące pewną epizootyę-spiryllozę kur i gęsi (Sacharoff). Z odkryciem krętka bladego przez Schaudinn'a i Hoffmanna przybywa nam jeszcze jeden gatunek spirochetów, o czem poniżej. Prócz tych znane nam są *spirochaete plicatilis* (krętek fałdzisty), *spirochaete refringens* (załamujący światło), spotykane jako twory saprofityczne w różnych tkankach i produktach chorobowych. Czy tyfus wysypkowy powodowany bywa przez pewien gatunek krętków, pozostaje dotychczas kwestyą otwartą. Lewaszów spostrzegał u pewnego gatunku micrococus exanthematicus spiralne wypustki (Fortsätze), które barwią się na wzór rzęsek i nazywa drobnoustrój ten *spirochaete exanthematica.*

Biologiczne własności spirochetów mało nam są znane, dotychczas nie udało się wyhodować ich na sztucznem podłożu.

Stwierdzono tylko niejaki związek pomiędzy pewnemi spirochetami (jamy ustnej) a tworami pałeczkowatymi. Czy spirochety nie przedstawiają pewnej fazy rozwojowej (starszej) powstałej, być może, z tworów pałeczkowatych, jak to Bonhoff stwierdził dla spirilli hachaizae, orzec stanowczo trudno.

Już przed odkryciem krętka bladego Miecznikow i Roux, szczepiąc jad przymiotowy pewnemu gatunkowi małp, mogli do pewnego stopnia stwierdzić cały szereg biologicznych własności tego jadu. Nie mogli jednakże drobnowidzowo wskazać na twory, które by były stanowczymi winowajcami przymiotu; przypuszczali oni, że są to krętki nieruchome, nieco mniejsze niż Obermeierowskie.

W r. 1902 Bordet i Gengout spostrzegali krętki blade w pierwotnem stwardnieniu i grudce śluzowej, lecz gdy późniejsze badania zawiodły ich, nie szukali dalej tych tworów.

Pierwsza praca o krętku bladym ogłoszona została w kwietniu 1905 roku przez Schaudinn'a i Hoffman'a.

Również jak wszystkie inne spirochety, nie udało się dotychczas otrzymać i krętka bladego w czystej hodowli na sztucznie przyrządzonych pożywkach, co niemałą stanowi przeszkodę do stanowczego orzeczenia o znaczeniu jego etyologicznem w sprawie przymiotowej.

Krętek blady wykryty został w różnorodnych produktach przymiotowych. W przypadkach przymiotu nabytego stwierdzono krętki blade w pierwotnych wrzodach nietylko pochodzenia płciowego, lecz i pozapłciowego, w kłykcinach płaskich, w lepieżach błon śluzowych, w gruczołach chłonnych, w trądziku syfilitycznym uwłosionej części głowy (acne syphiliticum capillitii), w łuszczycy dłoniowej, i różnych innych róźyczkowatych i grudkowatych tworach o nieuszkodzonym naskórku. W przypadkach odziedziczonego przymiotu wykryto krętki w różnych narządach: w płucach, wątrobie, śledzionie, szpiku kostnym, gruczołach krezkowych, w nerkach, nadnerczach, w zawartości bąbli (pemphigus). Stwierdzono je również w płynie pęcherzy, powstałych od pryszczydeł, przystawionych do miejsc, na których były wykwity syfilityczne, dalej spotykano je we krwi, zwłaszcza świeżo zarażonych osobników. *)

*) Ze krwi syfilityków bardzo rzadko udaje się otrzymać krętki blade i można je otrzymać tylko ze krwi scentryfugowanej. Fakt ten zgadza się ze spostrzeżeniami klinicznemi; syfilis bowiem za pośrednictwem krwi bardzo rzadko udaje się przeszczepić, zaś ostatni wynik otrzymuje się po zaszczepieniu większej ilości krwi.

Z doświadczeń Hoffmann'a wynika, że zarazek syfilityczny może krążyć we krwi pół roku od początku zachorowania, zwłaszcza w przypadkach nieleczonego syfilisu.

Dalej stwierdzono, że krętki blade występują we wszystkich przypadkach z objawami wczesnych postaci przymiotu, nawet po dość długiem trwaniu sprawy chorobowej, nieraz po 5—7 latach, natomiast w trzeciorzędnej postaci przymiotu, nawet po upływie dość stosunkowo krótkiego czasu (1—2 lat) od zarażenia się, krętków tych nie udało się wykryć. *) Według Schaudinn'a w tym okresie syfilisu krętek prawdopodobnie ulega pewnym zmianom rozwojowym, znajduje się mianowicie w stanie zwyrodnienia, w stanie ziarenkowatym-nieruchomym.

Co do ilości krętków, to takowa bywa różną. Najczęściej spostrzegać się dają w bardzo skąpej ilości, w pojedyńczych zaledwie egzemplarzach, i to nie zawsze we wszystkich preparatach, czasami zaś spotykają się większe skupienia, jakby ogniska całe w postaci splotów. Znaczne ich ilości spotykają się w narządach miąższowych, zwłaszcza w wątrobie dzieci, zrodzonych z matek syfilityczek, co objaśnia się właściwym dla zarodków obiegiem krwi, za pośrednictwem której zarazki przenoszą się z ustroju matki do dziecka. Dotychczas nie stwierdzono stosunku ilości pasorzytów do natężenia, czasu trwania sprawy chorobowej, oraz stosunku ich do swoistej kuracyi, aczkolwiek według Wechselmanna i Loewenthal-a pod wpływem leczenia rtęcią krętki jakoby rozpadły się, zmalały (3—4 *micr.*) i posiadały tylko od 2—4 skrętów.

Za wyjątkiem nielicznych stosunkowo autorów, którzy spostrzegali twory pod względem morfologicznym bardzo do krętków bladych zbliżone i w produktach niesyfilitycznych, większość badaczy potwierdza jednogłośnie stały ich brak w tkankach i produktach, pochodzących od osobników niesyfilitycznych.

Ten stały ich brak w tworach niesyfilitycznych w przeciwieństwie do częstej ich obecności w produktach syfilitycznych, stanowi dotychczas głównie o ich znaczeniu etyologicznem. Na zasadzie wykrycia ich lub braku— pewni spostrzegacze mogli rozpoznać i przepowiedzieć przebieg spraw chorobowych w przypadkach wątpliwych, o mało charakterystycznych dla przymiotu objawach klinicznych.

*) W ostatnich czasach udało się Neisserowi wywołać u małp stwardnienia pierwotne za pomocą szczepień tworów trzeciorzędnego przymiotu.

Za ich etyologicznem znaczeniem, zdaniem pewnych autorów, przemawia również dodatni wynik szczepień różnych tkanek i tworów syfilitycznych (grudek, krwi) małpom, u których w powstałych skutkiem tych szczepień charakterystycznych produktach stwierdzone zostały krętki blade.

Typowe krętki blade Schaudinn'a i Hoffmann'a przedstawiają się w postaci dłuższych lub krótszych cienkich niteczek o 8—14 regularnych spadzistych grajcarkowatych skrętach i o bardzo delikatnych ogonkowatych zakończeniach. Spotykają się pojedyńcze karłowate egzemplarze o 4—6 skrętach, jak również postacie olbrzymie o 20—26 skrętach. Zdarza się nieraz, że podczas utrwalania preparatu krętek, przymocowując się do szkiełka końcami swymi w chwili stężenia, wyprostowuje się nieco pośrodku, zachowując bliżej końców kilka zaledwie (2—4) coraz mniej spadzistych skrętów. Długość krętka waha się pomiędzy 4—14 *micr.*, szerokość $^1/_4$—$^1/_2$ *micr.* długość pojedyńczego skrętu $^2/_8$—$1^1/_3$ *micr.* Rozpatrywane w kropli wiszącej (w zawiesinie fizyologicznego rozczynu soli kuchennej), krętki blade okazują pewne ruchy postępowe, wsteczne, rotacyjne i faliste. Błyskawicznym ruchem swym krętek blady wielce nieraz przypomina ruchy krętka Obermeiera. W glicerynie ruchy szybko ustają i krętek traci grajcarkowatą swą postać. Krętki blade grupują się rozmaicie, raz leżą odosobnione, to po dwa, jakby posklejane, obejmując się wężykowato, to wreszcie układają się w kłębki, w postaci warkoczy, rozetek. Grajcarkowate skręty pasorzyta lepiej się uwydatniają, jeżeli krętek dostał się pomiędzy czerwony krążek krwi, a szkiełko pokrywkowe. Przemawia to za znaczną elastycznością i pewną odpornością grajcarkowato zwiniętej nitki, czemu przypisać należy zachowanie przez krętka stałej swej wężownicowatej postaci nietylko podczas ruchu, lecz i w stanie spokoju na preparatach utrwalonych, gdy inne krętki, zachowujące postać grajcarkowatą podczas ruchu tylko, układając się różnie w preparatach utrwalonych, przedstawiają się w stanie spokoju różnie, najczęściej w postaci prostej lub mało falistej nitki.

Krętki blade odznaczają się nieznaczną łamliwością światła, słabo się barwią barwnikami anilinowymi, stąd ich nazwa: „pallidus". Sposobem Giemzy barwione przyjmują delikatny różowy ton barwikowy, gdy inne krętki pod

wpływem tego barwika zabarwiają się na kolor niebieski lub fioletowy.

To zabarwienie uwydatnia się lepiej przy krzyżowaniu się krętka z czerwonym krążkiem krwi. Co się tyczy formy ciała, to Schaudinn przypuszcza, że ciało krętka bladego jest walcowate, nie płaskie, jak u innych spirochetów, u tak zwanych przez Schaudinn'a pseudopallidae. Co zaś do narządów ruchowych, to falująca błonka, która u innych krętków bardzo wyraźnie występuje w postaci falbanki naokoło nici osiowej, u krętka bladego albo wcale, albo bardzo nieznacznie się uwydatnia. Według Schaudinna ta błonka lepiej się uwydatnia na *żywych* egzemplarzach.

Krętęk blady posiada końcowe rzęski, jakich u innych krętków spostrzegać się nie daje.

Nieraz spotykają się krętki blade z dwiema rzęskami na jednym końcu; zwykle spostrzega się to u egzemplarzy grubszych, krótszych. Należy przypuścić, że zjawisko to oznacza pewien okres rozmnażania się pasorzytów, które, jak u świdrowców, następuje przez podział wzdłuż osi (Längesteilung), co zwykle jest poprzedzane przez rozdwojenie rzęsek.

O więcej subtelnej budowie krętka, o zawartości jąder, o różnych okresach rozwoju jego, dotychczas nie mamy żadnych dokładnych wiadomości. Herxheimer, barwiąc krętki gencyaną fioletową, spostrzegał wprawdzie okrągłe i owalne twory $^1/_4$—1 *micr.*, umieszczone wewnątrz ciała krętka, przy końcu, lub obok i sądził, że wewnętrzne twory są jądrami; również Michaelis jakoby widział przez ultramikroskop jądra w ciele krętka; dalej Herxheimer mógł stwierdzić podwójne kontury ciała krętka, lecz wszystkie te dane nie zostały dotychczas potwierdzone przez innych badaczy.

Pewni badacze (Klingmüller, Baermann, Siebert, Miecznikow) stwierdziwszy, że krętek blady nie przechodzi przez filtr gliniany, przypuszczają, jakoby nieprzenikliwość ta była jedną z cech swoistych dla krętków bladych.

Co się tyczy zachowania się krętków bladych względem tworów histologicznych, to dotychczas również nic określonego powiedzieć się nie da. Według pewnych autorów spotykają się krętki blade wewnątrz większych protoplazmatycznych komórek (Löwenthal, Bandi, Simonelli), najczęściej zaś napotykają się po za obrębem elementów komórkowych (Extracallulär-Liepschütz). Niektórzy (Bernhardt) spostrzegaliześrodkowanie się ich dookoła i w sąsiedztwie naczyń krwionośnych, oraz w samem świetle naczyń wśród czerwonych krążków krwi, co przemawiałoby za możliwością przenikania krętków przez ścianki naczyń krwionośnych do tkanek otaczających. Inni wreszcie spostrzegali większe ich skupienia w naczyniach i w szczelinach limfatycznych. Pomijam tutaj fantastyczne, oczywiście, zachwyty pewnych entuzyastów, którzy jakoby widzieli krętka bladego ciągnionego za ogonek przez czerwony krążek krwi (Ploeger). Stwierdzono natomiast pewien stały stosunek krętków do czerwonych krążków krwi, spostrzegano mianowicie, że one chętnie się grupują w blizkości erytrocytów, przylegając do nich, okrążając je, lub przebiegając nad nimi. W płucach spotykają się one przeważnie w pęcherzykach płucnych, w kapilarach płucnych i w tkance około—oskrzelowej (przy białej pneumonii odziedziczonego przymiotu).

Tyle na razie danych co do pewnych własności krętków bladych, oraz stosunku ich do tkanek histologicznych.

Pozostaje jeszcze kilka słów powiedzieć o sposobach otrzymywania materyału do badania, oraz przyrządzania preparatów drobnowidzowych.

Materyał do badania otrzymuje się z rozmaitych tkanek i produktów syfilitycznych rozmaicie:

Z wrzodów i wykwitów, po starannej ich dezynfekcyi i spłukaniu fizyologicznym rozczynem soli kuchennej, zeskrobuje się wierzchnią warstwę ostrą łyżeczką, tamponując uciskiem wydobywającą się krew; zeskrobinę z głębszych warstw, papkę tkankową, albo wyciśnięty lub wydobywający się płyn surowiczo-krwawy z grudek lub różyczek, cieniutko rozsmarowuje się na szkiełku pokrywkowem, suszy się na powietrzu i utrwala się najlepiej w absolutnym alkoholu w ciągu 10—20 minut, albo przez trzykrotne przeprowadzenie preparatu przez płomień lampki. Schaudinn radzi przed utrwaleniem działać przez chwilkę na preparat parami osmu; skręty i ogonkowate zakończenia krętka lepiej się wtedy uwydatniają. Z tworów o naskórku nienaruszonym można brać materyał z niezbyt głębokich warstw, natomiast głębiej sięgać należy w rozpadłych, owrzodziałych produktach, gdyż na wierzchnich warstwach gnieżdżą się zazwyczaj inne drobnoustroje: bakterye oraz inne

gatunki spirochetów (spiroch. refringens), które, bujając, wciskają jakoby krętki blade wgłąb tkanek. Unikać należy silniejszego krwawienia, krętki bowiem, znajdujące się w osoczu, łatwo mogą być wypłukane krwią z tkanek. Można również wycinać wrzody sklerotyczne, grudki, rozcinać je prostopadle do ich powierzchni i brać do badania osocze z powierzchni przekroju lub z podstawy grudek.

Z gruczołów chłonnych wydobywać należy płyn do badania za pomocą punkcyi niezbyt głębokiej, a bliżej obwodu, gdyż z naczyń chłonnych, rozgałęziających się w torebce, dostaje się większa ilość zarazków do obwodowych przestrzeni limfatycznych, tymczasem płyn z głębi gruczołu, obfitujący w komórkowe elementy, bardzo mało lub wcale zarazków nie zawiera.

Dla badania krwi wyciąga się szprycą z jednej z żył łokciowych około 10 cm.^{3}; dodaje się 200 cm.^{3} wody destylowanej i wyjałowionej, lub miesza się z 10-krotną ilością $^1/_3$% kwasu octowego, centryfuguje się 15 minut i osad z różnych warstw rozsmarowuje się na szkiełku, wysusza się przy 37^0 i utrwala się w równych ilościach wyskoku i eteru. Cienko roztarte na szkiełku preparaty najlepiej barwić sposobem Giemzy*) w ciągu godziny, dodając do barwnika alkalia. Krętki zabarwiają się na czerwono, jądra zaś leukocytów na intensywnie ciemno-czerwony kolor, jeżeli zaś zabarwiły się na niebiesko, to barwienie należy uważać za nieudatne.

Sposobem G r a m a barwione krętki odbarwiają się.

Barwią się krętki również, choć słabo, następującymi barwnikami anilinowymi: stężonym (10%) spirytusowo-karbolowym rozczynem gencyany fioletowej, *) lub na gorąco—stężonym wodnym rozczynem tegoż barwnika, błękitem metylenowym, fuksyną Z i e h l'a.

Dla barwienia krętków bladych w tkankach najlepszą jest metoda L e v a d i t i'e g o **): nasycenie drobno pokrajajanych, w formalinie i alkoholu utrwalonych, kawałków $1^1/_2$% rozczynem azotanu srebra i bajcowanie w mieszaninie kwasu pyrogalusowego z formaliną; w skrawkach krętki czarno zabarwione doskonale się uwydatniają wśród zielonkawo-żółtej tkanki i wydają się nieco grubszymi niż niebajcowane.

Narządy ruchowe krętków najlepiej się uwydatniają barwione sposobem L ö f f l e r'a, używanym do barwienia rzęsek bakteryi. ***)

Najlepsze wyniki otrzymuje się, badając materyał świeży.

Zestawiając wszystkie dane o okrętku bladym z opisanemi przez S c h a u d i n n'a i H o f f m a n'a cechami innych krętków, widzimy, że krętek blady odznacza się: stałą, jakoby swoistą dlań sprężystą wężownicą o głębokich, ciasnych i regularnych zatokach, wysmukłą delikatną cylindryczną budową ciała, o ogonkowatych zakończeniach, zaopatrzonych rzęskami, i o mało uwydatnionej błonce falistej, nieznaczną łamliwością

---

*) Płyn Giemzy (lepiej świeżo przyrządzony:
Azur II—Eosin 3,0.
Azur II 0,8.
Glycerini (Mercka, chemicznie czystej) 250.0.
Methylalcohol (Kahlbaum) 2.50,0.

Barwienie sposobem Giemzy:

1) Utrwala się preparat w wyskoku przez 10 do 20 minut.

2) Preparat zanurza się do odpowiednio rozcieńczonego barwnika Giemzy (10 cm.^{3} wody destylowanej+10 kropel 1‰ rozczynu kali carbonici+ skłócony barwnik) nasmarowaną powierzchnią ku dołowi i pozostawia się $^1/_4$—1 godzin.

3. Przemywa się preparat mocnym strumieniem wody i osusza się bibułą. W razie przebarwienia—zanurza się preparat do wody na kilka minut.

*) *Barwienie swosobem Ploeger'a.*

Do barwnika, składającego się z 10% stężonego alkoholowego rozczynu gencyany fioletowej i $2^1/_2$% rozczynu karbolu, zanurza się na jednę minutę wysuszony lecz nie utrwalony preparat, spłukuje się wodą. Krętki zabarwiają się na kolor liljowy.

**) Barwienie skrawków metodą L e w a d i t'e g o według B u s c h k e - F i s c h e r'a.

1) Utrwalone w 10% formalinie i alkoholu kawałki kładzie się do $1^1/_2$% rozczynu argenti nitrici na 3 dni przy ciepłocie 38^0.

2) Następnie na 24 godziny do mieszaniny:
Acidi pyrogallici 2.0.
Formol 5 cm.^{3}
Aq. destil. 100.0.

3) Wymyć wodą, odwodnić w wyskoku i zatopić w parafinie.

Skrawki mogą być badane wprost, albo podbarwione nierozcieńczonym barwnikiem Giemzy lub błękitem toluidynowym.

***) 1) Bajcować w ogrzanej w ciągu $^1/_2$—1 minuty mieszaninie:
20% solutionis acidi tannici 10 cm.^{3}
Solutionis sulfatis ferri frigide concentrati 5 cm.^{3}.
Solutionis fuchsini alkoholicae vel aquosae 1 cm.^{3}.

2) Spłukać mocnym strumieniem wody.
3) Spłukać alkoholem.
4) Barwić wodnym anilinowym rozczynem fuksyny, ogrzewając.
5) Spłukać wodą.

światła, słabszem powinowactwem do barwników anilinowych i odmiennem zachowaniem się względem barwnika Giemzy.

Pytanie, czy na zasadzie wymienionych cech możemy wyodrębnić krętka bladego z pośród innych spirochaetów?

Otóż à priori można powiedzieć, że skutkiem nastręczających się przy sporządzaniu preparatu różnych trudności technicznych, oraz pewnych złudzeń optycznych, nie zawsze możemy wypowiedzieć stanowczo, że w danym razie mamy do czynienia z krętkiem bladym, a nie z innym gatunkiem, zwłaszcza, jeżeli opierać będziemy różniczkowanie na wężownicowatej budowie oraz na tonie barwnikowym krętka, sposobem Giemzy zabarwionego. Zdarza się bowiem nieraz, że i inne krętki o niestałej wężownicy w chwili stężenia na preparatach utrwalonych zachowują grajcarkowatą swą postać, nawet o dość spadzistych, a nieraz i regularnych skrętach, i że one się zabarwiają barwnikiem Giemzy na kolor różowy, natomiast krętek blady układa się nieraz w postaci mało falistej nitki i zabarwia się tymże barwnikiem fioletowo lub niebieskawo; nie mówię już, oczywiście, o innych własnościach, jak walcowatej budowie ciała, rozmiarach skrętów, ogonkowatych zakończeniach, jako o cechach nadzwyczaj subtelnych i niezmiernie trudnych do różniczkowania, również może trudnych, jak wyróżnienie—na ten przykład—z najwyższego piętra wieży Eiffel garbuska wśród mrowia znajdujących się na dole ludzi i określenie w dodatku rozmiarów jego garbu.

Wielki brak pod względem różniczkowym, a bardziej jeszcze pod względem etyologicznym stanowi nieznajomość ważniejszych biologicznych własności omawianego pasorzyta, różnych faz rozwoju jego, a głównie niemożność otrzymania go w czystej hodowli. Dopóki zaś opierać będziemy rozpoznanie tylko na własnościach morfologicznych krętka, dopóty zawsze zachodzić będzie pewna wątpliwość co do tożsamości pasorzyta, a głównie co do jego chorobotwórczości. Zawsze pozostanie dla nas kwestyą wątpliwą, azali obecności tego pasorzyta przypisać należy swoiste zmiany w przymiocie, czy pasorzyt ten nie odgrywa w danym razie roli tworu saprofitycznego na wzór innych pasorzytów saprofitycznie, żyjących w różnych tkankach i produktach chorobowych obok właściwych winowajców danej sprawy chorobowej. *).

Stwierdzenie krętków bladych u małp szczepionych nie może służyć za argument zupełnie przekonywający o chorobotwórczości krętka, zawsze bowiem szczepimy nie czystą hodowlę, lecz produkt syfilityczny, w którym obok właściwych zarazków wszak żyć i rozwijać się mogą i krętki blade. Co się tyczy wykrycia ich w narządach miąższowych, to, jak wyżej wzmiankowano, przerzuty powodować mogą nieraz i inne krętki—jak krętek jamy ustnej; zresztą, w przypadku przymiotu odziedziczonego stwierdzono wszak we krwi obok krętka bladego i spirochaete refringens (Nigris). Co zaś do innego argumentu, jak: stały ich brak w produktach niesyfilistycznych, to ujemny wynik badania wobec trudności technicznych niczego nie dowodzi; wszak dotychczas nie udało się stwierdzić ich w pewnej odsetce przypadków niewątpliwego przymiotu (z 18 przypadków syfilisu krętki blade zostały wykryte przez Shennau zaledwie w 6-ciu przypadkach); z drugiej zaś strony—spostrzegano twory, wielce przypominające krętki blade, w produktach niesyfilitycznych, w kłykcinach stożkowatych, w owrzodziałym raku twarzy (Siebert, Kielemenoglon i v. Cube), w kostnym rdzeniu i w cieńkich kiszkach (przy ciężkiej niedokrwistości i lymphangoitis carcinomatosa-Moritz).

Nie możemy w tem miejscu pominąć milczeniem innego jeszcze pasorzyta, również jakoby swoistego dla przymiotu, pasorzyta, który odkryty został prawie jednocześnie z krętkiem bladym i który może obecnie nie mało by był narobił hałasu w świecie naukowym, gdyby go nie był wyprzedził mocno już dziś zaawansowany krętkowaty blady. twór Schaudinn'owski.

Mam na myśli nowoodkryty przez Siegela drobnoustrój, który ochrzczony został mianem Cytorrhyctes luis i który również ma za sobą niemały szereg zwolenników: Merka, Freunda, Klebsa, Döhlego, Losdorfera, Strassano i wielu innych. Drobnoustrój ten, również z gatunku pierwo-

*) Według Scholtz'a przemawiałby zatem fakt niełatwego wykrycia krętków w tworach syfilitycznych o nienaruszonym naskórku lub we krwi syfilityków, natomiast łatwego stwierdzenia ich w znacznej nieraz ilości w produktach nadżartych i owrzodziałych.

tniaków pochodzący, przedstawia się w postaci połyskującego jajowatego ciałka o jądrze środkowem i o jasnej obwódce, mnoży się drogą pączkowania, porusza się za pomocą rzęsek, ruch jego ustaje pod wpływem rtęci, albo chloralhydratu, barwi sią barwnikami anilinowymi (błękitem metylenowym + boraks, hematoksylin-azurem, karminem ałunowym), chociaż najlepiej widzieć się daje bez zabarwienia.

Otóż i ten twór jakoby stwierdzony został we wszystkich produktach syfilitycznych, w łożyskach syfilitycznych, we krwi, w tęczówce, wątrobie i innych tkankach zwierząt syfilisem szczepionych (królików, morskich świnek, białych myszy), głównie zaś we krwi syfilityków przed wystąpieniem i podczas wykwitów. F r e u n d obliczył nawet, że w kropli krwi znajduje się tych pasorzytów od 3—5 tysięcy, co w 5 litrach krwi czyni 300 miljonów, gdy krętki rzadko bardzo we krwi wykryć się dają. Po zaszczepieniu małpom emulsyi z łożyska przymiotowogo lub produktów syfilitycznych od królików zarażonych, wykryto cytorrhyctes we krwi małp, oraz w ich gruczołach chłonnych i wykwitach syfilitycznych, nigdzie zaś nie wykryto krętków bladych.

Za swoistością tego pasorzyta przemawiało by również to, że F i c k e r, zamierzając wyhodować krętka bladego na pożywce buljonowej i agarowej, zmieszanej z krwią ludzką, lub z płynem z puchliny brzusznej, otrzymał jakoby zamiast spirochaete pallida—cytorrhyctes luis w czystej hodowli; również J a n c k e'm u jakoby się udało wyhodować cytorrhyctes z łożyska syfilityczzego na buljonie z krwią ze sznurka pępkowego, a szczepienie tej hodowli małpie wywołało u niej swoiste zmiany syfilityczne, zaś we krwi wykryto cytorrhyctes.

O połyskujących okrągłych lub stożkowatych, bardzo ruchliwych ciałkach od 2—3*micr.*, spostrzeganych w produktach syfilitycznych, wspomina M ü h l m a n n; jest to zapewne nic innego, jak cytorrhyctes S i e g e l'a.

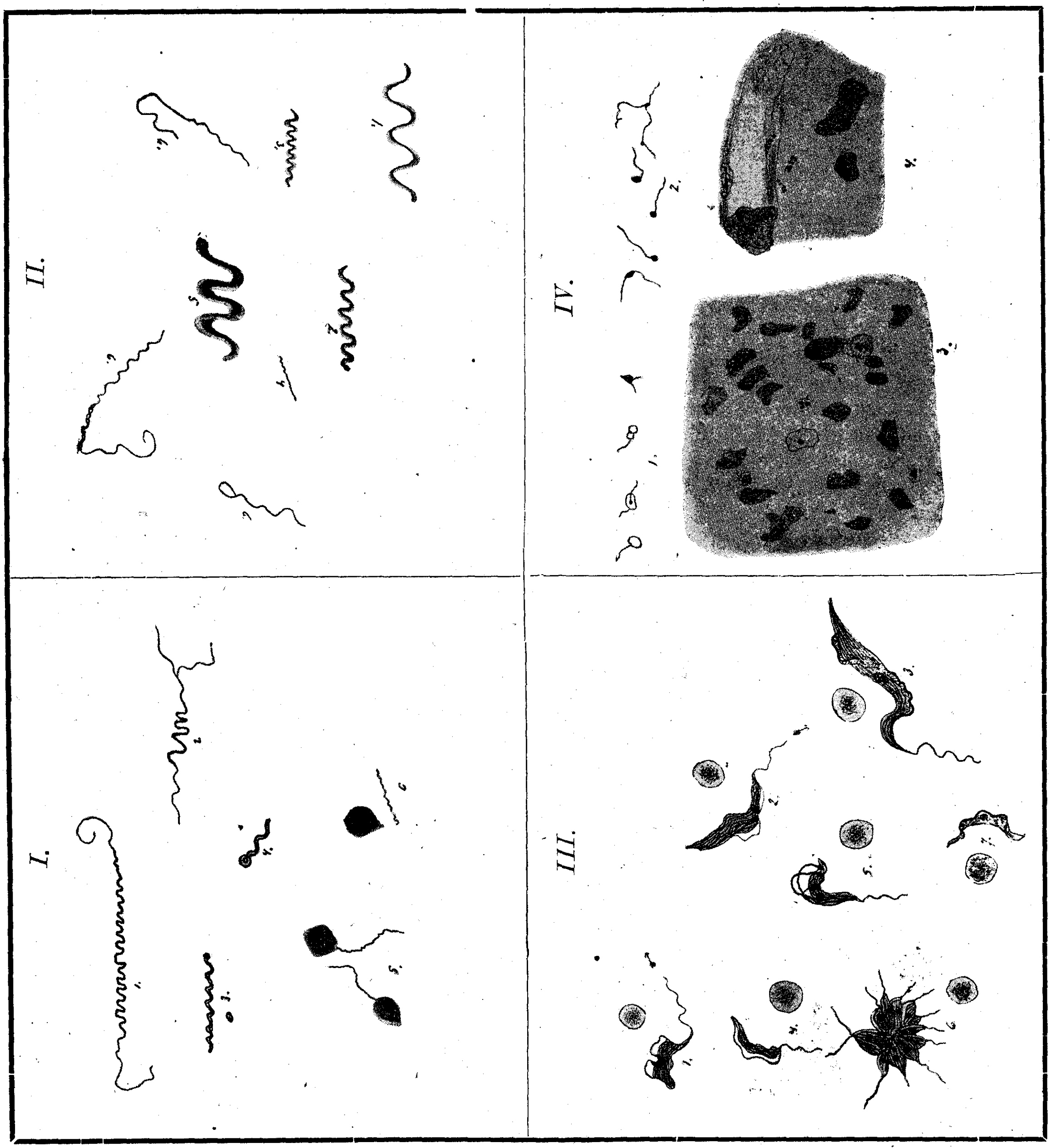
Zdaniem S i e g e l'a brak potwierdzenia jego poglądu na etyologię przymiotu ze strony większej ilości badaczy zależy od trudności czysto technicznych: od niedostatecznej wprawy w poszukiwaniach, trudności wyróżniania cytorrhyctes wśród produktów rozpadu elementów komórkowych, wreszcie od nieodpowiednio użytych do badania przyrządów optycznych (koniecznie posiłkować się należy apochromatem 2 mm i okularem kompensacyjnym № 12).

Kończąc kilka tych uwag, dodaję, że nie naszą jest rzeczą rozstrzygać kwestyę, czy i który z pasorzytów wywalczy sobie prawo obywatelstwa w sprawie etyologii przymiotu. Sądząc z dotychczasowych licznych prac, a niektóre z nich wyszły z pod pióra głośnych dziś w nauce uczonych, zdaje się, że szala zwycięstwa przechyla się na stronę krętka bladego.

Uwzględniając niedający się zaprzeczyć fakt częstej obecności krętków bladych w różnorodnych produktach przymiotu pierwotnego i wtórnego, jak nabytego tak i odziedziczonego, a również w produktach przymiotowych małp, którym szczepiono materyał przymiotowy ludzki, albo którym przeszczepiano materyał przymiotowy od innych małp zarażonych, uwzględniając zwłaszcza fakt występowania krętków bladych w ogromnej nieraz ilości w narządach miąższowych płodów syfilitycznych, trudno oczywiście oprzeć się pokusie nieszukania jakiegoś związku pomiędzy tym pasorzytem, a wytworami syfilitycznymi. Niemniej z ostatecznem orzeczeniem o znaczeniu etyologicznem krętka bladego należy się jeszcze wstrzymać do czasu bliższego zapoznania się z jego własnościami biologiczno-chemicznemi (hodowla, aglutynacya etc.). Zbyt pamiętne nam jeszcze są przedwczesne zachwyty i późniejsze rozczarowania po drobnoustrojach syfilitycznych L u s t g a r t e n a, P i o r k o w s k i e g o i J o s e p h a i wielu innych autorów, abyśmy obecnie pohopnie i bezkrytycznie przyjęli podaną przez S c h a u d i n n'a i H o f f m a n n'a etyologię syfilisu za pewnik naukowy.

Rysunki zapożyczone są z prac S c h a u d i n n'a (Deut. Med. Woch. 1905 str. 1667) R i l l e'g o (Münch. Med. Woch. 1905. str. 1379), H e r x h e i m e r'a (Münch. Med. Woch. 1905. № 39) M a r t i n i'e g o (Zeitsch. für ärztliche Fortbildung 905. str. 634), S i e g e l'a (Münch. Medic. Wochenschr. 905 str. 1322. 1323.

Literaturę czerpałem przeważnie z tych—że czasopism z 1905—1906 r.



Objaśnienie rysunków:

Tablica I.

1. 2. Spirochaete pallida o falistej błonce i końcowych rzęskach.

2. Spir. pallida o podwójnych rzęskach (okres rozmnażania się).

3. 4. Spir. pallidae o podwójnych konturach z ciałkami ugrupowanemi wewnątrz, obok i przy końcu krętka.

5. 6. Spir. pallidae przyczepione ogonkami do krążków krwi i umieszczone obok krążków krwi.

Tablica II.

1. 2. 3. Spiroch. refringens o falistej błonce;

4. Spiroch. dentium;

5. Spir. plicatilis (końc. część krętka);

6. Spiroch. Obermeyeri.

Tab. III. Trypanozomy (świdrowce).

1. Świdrowiec chorobotwórczy;

2. " szczurów;

3. " Galziekte;

4. " Mal de Caderas;

5. " okres mnożenia się przez podział wzdłuż osi.

6. Swidrowiec szczurów—rozeta;

7. " ludzki (przenosi się przez muchę glossina palpalis).

Tab. IV. Cytorrhyctes luis Siegel'a.

1. Wiciowce żywe;

2. " utrwalone i barwione;

3. 4. " w skrawkach.

Zasady walki ze śmiertelnością niemowląt.

Podał. Dr. **St. Nowak**. (Częstochowa).

Nic lepiej i dokładniej nie określa stopnia nienormalności życiowo-społecznych i kulturalnych stosunków ludności, jak śmiertelności niemowląt; tu dane statystyczne nagością i bezwzględnością swych cyfr unaoczniają sprawę najlepiej; niechcąc jednak zbytnio nużyć ilością cyfr, ograniczę się, do przytoczenia możliwie nielicznych przykładów, które mogą być jednak do pewnego stopnia typowymi.

W latach 1880—1885 w Europie bez Rosyi, śmiertelność niemowląt z pośród żywo—urodzonych, w 1 roku życia, wynosiła 188,7‰, wraz z Rosyą 214,7‰. W Częstochowie w czasie od 1/X 1904 r. do 1/X 1905 r. liczba tu wynosiła 209‰, w Warszawie w 1897.—1901 r. 186,1‰, w parafiach: Pałuki i Opinogóra w gub. Płockiej 200‰.

W Berlinie w r. 1891—1892 z pośród sztucznie karmionych niemowląt zmarło w 1 roku życia 609‰, w dep. Loire inferieur 900‰; w Szwecyi, gdzie wszystkie matki same karmią, 137‰.

W Warszawie na 38500 zgonów dziecięcych w 1 roku życia było 10700 zgonów wskutek chorób organów trawienia; w Radomiu na 219--97, w Częstochowie od 1/X 1904—1/X 1905 na 533—218.

W Berlinie w rodzinach arystokratycznych umiera w 1-szym roku życia 57‰, w rodzinach robotniczych 357‰; w Erfurcie nieprawnych dzieci 352‰, w rodzinach robotniczych 305‰, średnio-zamożnych — 173‰, zemożnych — 89‰.

W Anglii w okręgach rolniczych śmiertelność niemowląt w 1 roku życia stanowi $^1/_4$ ogółu śmiertelności, w okręgach przemysłowych i w miastach $^1/_3$. W Kopenhadze z pośród dzieci prawnych żywo urodzonych umiera w 1-szem roku życia 192‰, z pośród dzieci nieprawnych 369‰; w miastach duńskich 126‰ ew. 170‰; we wsiach 119‰ ew. 164‰.

W Kopenhadze w rodzinach posiadających 1—4 dzieci umiera w 1-ym roku życia 226/‰, 5—8 dzieci 302‰, 9—12 dzieci 495‰.

W Lipsku w mieszkaniach, gdzie jeden pokój wypada na jednę osobę, umiera w 1-ym roku 101‰, gdzie na $2^1/_2$ osoby 330‰, gdzie ponad 3 osoby — 418‰.

W Finlandyi w latach kryzysu ekonomicznego i drożyzny w r. 1867 umierało w 1 roku życia 220‰, w r. 1868—390‰, podczas gdy w r. 1865, 1866 i 1869 do 1877 — 165‰.

Powyższe przykłady wykazują że: 1) śmiertelność niemowląt jest wogóle bardzo znaczna, 2) śmiertelność ta jest znacznie wyższa wśród dzieci sztucznie karmionych, niż wśród karmionych piersią, 3) przyczyną bardzo znacznej części zgonów niemowląt stanowią cierpienia kanału pokarmowego, 4) w rodzinach biednych śmiertelność niemowląt jest znacznie wyższa, niż w rodzinach zamożniejszych, 5) śmiertelność niemowląt w miastach i okręgach przemysłowych jest większa niż na wsiach, 6) w dzielnicach miast, gdzie skupienie ludności jest większe, śmiertelność niemowląt jest znacznie większa, 7) w rodzinach, gdzie ilość dzieci jest większa, śmiertelność jest znacznie większa, 8) w czasach kryzysu i ogólnej drożyzny śmiertelność niemowląt znacznie się zwiększa.

Wszystkie powyższe punkty sprowadzić można do jednego zasadniczego: wysoka śmiertelność niemowląt jest wynikiem nędzy i ciemnoty, wyrazem pewnych istniejących stosunków społecznych, dowodem braku najpierwszych środków życiowych.

Zastanawiając się nad przyczynami olbrzymiej śmiertelności niemowląt, pozornie zdawaćby się powinno, że istotnem źródłem złego jest brak należytego ustosunkowania ilości dzieci, ew. ilości urodzeń, do ilości rzeczywistych środków życiowych, umożliwiających podtrzymywanie tylu drobnych istnień ludzkich; nad tą sprawą należy się zastanowić nieco bliżej.

Ludzkość dąży stale i niezmiennie do wytworzenia takich warunków życia, któreby starały się zrównoważyć ilość środków z ilością potrzeb; wraz ze wzrostem zaludnienia winny wzrastać i środki do zaspakajania potrzeb. Ażeby zrozumieć na czem polega równowaga między potrzebami i środkami do życia, należy pamiętać, że ilość środków wzrasta dzięki wzrostowi wydajności pracy ludzkiej, postępowi w organizacyi pracy i stosunków społeczno-politycznych, postępowi sztuki kulinarnej i przystosowywaniu się organów trawienia do nowego pożywienia; ilość potrzeb ogranicza się dzięki zwiększeniu się śmiertelności lub też zmniejszeniu się płodności rodzaju ludzkiego, wywołanemu przez warunki

społeczne, bądź fizyologiczne. W granicach możliwego zwiększenia środków życiowych i ograniczenia potrzeb znajduje się możność zrównoważenia ilości środków i potrzeb.

Maltuzyanizm rozstrzygnął tę sprawę w tym duchu, że ludność, a wraz z nią i potrzeby, wzrastają znacznie szybciej niż środki do życia, że z tego wynika konieczność ograniczenia płodności; maltuzyanizm, nie uwzględniając jednak w swem rozumowaniu wielu czynników zwiększających ilość środków do życia, doszedł do zupełnie fałszywych wniosków; uwzględnia on jedynie wzrost wydajności pracy, zapominając zupełnie o tak potężnych czynnikach, jakimi są organizacya pracy, postęp w stosunkach społeczno-politycznych, postęp w przystosowywaniu się organów trawienia do nowych pokarmów i postęp sztuki kulinarnej, zgodnej z zasadami praktyki życiowej i danemi nauki. Fakt zmniejszania się śmiertelności, pomimo stałego zwiększania się ludności, jest najlepszym dowodem przeciwko wnioskom maltuzyanizmu. Jakkolwiek więc przyznać należy, że ilość środków do życia na kuli ziemskiej nie jest ograniczona i że prawdopodopnie nastąpi chwila, która będzie kresem dalszego zwiększania się ilości środkow do życia, to jednak, biorąc chwilę obecną za punkt wyjścia, twierdzić można, że ilość możliwych środków do życia na kuli ziemskiej jest nieograniczona. Obecnie rodzi się pytanie, czy wzrost potrzeb staje się coraz szybszy lub powolniejszy, jednem słowem, jak się ma rzecz ze smiertelnością i płodnością rodzaju ludzkiego.

Śmierć w pewnym okresie życia ludzkiego jest zjawiskiem zupełnie naturalnem; istnieje jednak cały szereg przypadków, gdzie śmierć w okresie życia znacznie wcześniejszym może być uważana do pewnego stopnia również jako zjawisko naturalne; warunki w jakich następuje poczęcie, w jakich przechodzi ciąża i poród, niekorzystny wpływ dziedziczny (alkoholizm, syfilis etc.) ze strony rodziców mogą powodować u potomstwa brak odpowiednich danych, umożliwiających utrzymanie go przy życiu; oczywiście, są to wpływy trudne do ścisłego obliczenia. Śmiertelność niemowląt jest jednak w przeważnej części rezultatem pewnych niekorzystnych warunków społecznych; chcąc choć w przybliżeniu określić wpływ warunków społecznych na śmiertelność niemowląt, należy porównać śmiertelność niemowląt w różnych klasach ludności; jeżeli weźmiemy pewne warstwy ludności, znajdujące się w możliwie idealnych warunkach życiowych, gdzie wpływ warunków społecznych może być zredukowany do zera, to przypuszczalnie znajdujemy minimum śmiertelności, którą do pewnego stopnia będzie wyrazem śmiertelności naturalnej; w rodzinach panujących i książęcych w latach 1850—1870 śmiertelność niemowląt do roku wynosiła $78^0/_{00}$, w Berlinie w rodzinach arystokratycznych $57^0/_{00}$; podczas gdy n. p. w Chemnitz $400^0/_{00}$, w Berlinie w rodzinach robotniczych $357^0/_{00}$ etc. Gdyby śmiertelność niemowląt w klasach uprzywilejowanych przyjąć za wyraz naturalnej śmiertelności, w takim razie przewyżka śmiertelności niemowląt w klasach biedniejszych mogłaby służyć za miarę śmiertelności sztucznej, wywołanej niekorzystnymi warunkami społeczno-życiowymi.

Ludzkość zwalcza jednak stale przejawy walki o byt; pomimo stałego zwiększania się ludności wszystkich krajów, wszędzie dzięki odpowiednim zarządzeniom społeczeństwa, zachodzi stałe zmniejszanie się śmiertelności; dowodzi to, że w sprawie możliwego ograniczenia ilości potrzeb życiowych w celu zrównoważenia ich z ilością środków życiowych, wpływ warunków społeczno-życiowych zmniejsza się stale, np. w Warszawie ilość niemowląt zmarłych w 1-ym roku życia w r. 1882 — 1886 wynosiła $286^0/_{00}$, w r. 1897—1901 $186^0/_{00}$; zwiększa się natomiast wpływ innego czynnika; czynnikiem owym, wpływającym hamująco na zbyt szybkie zwiększanie się ilości potrzeb ew. ludności jest, aczkolwiek powolne lecz stałe zmniejszanie się liczby urodzeń; zjawisko to zachodzi wśród wszystkich narodów. jakkolwiek w różnym stopniu. We Francyi ilość urodzeń w r. 1841—1850 wynosiła $28{,}2^0/_{00}$, w r. 1900—$21{,}6^0/_{00}$; w Anglii $32{,}6^0/_{00}$—$28{,}4^0/_{00}$; w Belgii $31{,}8^0/_{00}$ — $29{,}5^0/_{00}$; w Holandyi $34{,}7^0/_{00}$ — $32{,}6^0/_{00}$; w Szwecyi $32{,}1^0/_{00}$ — $28^0/_{00}$; w Danii $31{,}9^0/_{00}$ — $28{,}9^0/_{00}$; w Norwegii; $31{,}9^0/_{00}$ — $29{,}8^0/_{00}$; w Niemczech. $37{,}8^0/_{00}$ — $36{,}5^0/_{00}$; w Szwajcaryi $32^0/_{00}$—$28{,}5^0/_{00}$; na Węgrzech $44{,}1^0/_{00}$ — $39{,}3^0/_{00}$; we Włoszech w r. 1881 — $37{,}9^0/_{00}$, w r. 1900 — $34{,}1^0/_{00}$.

Płodność zależy od wielkości okresu życia, w którym istnieje możność poczęcia ew. zapłodnienia, od wielkości odstępów czasu między oddzielnymi porodami, od ilości potomstwa w czasie jednego porodu, i od opieki jakiej rodzice udzielają niemowlęciu; zastanawiając się

nad przyczynami zmniejszenia się płodności u ludów zachodnio-europejskich, przedewszystkiem wskazać należy, jako na jednę z przyczyn, na warunki ekonomiczno-społeczne; zmuszają one częstokroć mężczyznę i kobietę do pozostawania przez czas dłuższy w bezżennym ew. panieńskim stanie lub też wogóle uniemożliwiają zawieranie związku małżeńskiego; prostytucya i stosunki płciowe pozamałżeńskie niweczą jednak w znacznym stopniu wpływ warunków społeczno-ekonomicznych, zwiększając liczbę urodzeń dzieci nieprawych. Stosunki prawne, nakazujące rodzicom utrzymywanie i wychowywanie dzieci, są również czynnikiem, który ogranicza płodność; dzieje się to szczególniej w tych warstwach ludności, gdzie stopa życiowa jest wyższa, gdzie wychowywanie i kształcenie dzieci staje się rzeczą coraz trudniejszą i wymagającą wielkich poświęceń ze strony rodziców; karmienie dziecka piersią matki wywiera również pewien wpływ hamujący na płodność, gdyż matka, karmiąc niemowlę, stara się zazwyczaj do czasu wykarmienia go niezachodzić w ciążę.

Następnie, w niektórych krajach czynnikiem, zmniejszającym ogólną płodność jest zakażenie rzeżączkowe, powodujące bardzo często niepłodność; ponieważ jednak rzeżączka jest dość silnie związana z prostytucyą i ze stosunkami płciowymi pozamałżeńskimi, te zaś w przeważnej ilości wypadków wypływają ze stosunków społeczno-ekonomicznych, będziemy więc dość blizko prawdy, jeżeli wpływ rzeżączki na zmniejszanie się płodności, zaliczymy do kategoryi wpływu warunków społeczno-ekonomicznych. Bardzo ważnym czynnikiem, powodującym zmniejszanie się płodności, jest praca umysłowa; organizm ludzki, wyładowując i zużywając energię swą w pracy, gdzie umysł ludzki bądź znajduje najwyższe zadowolenie, jak przy pracy naukowej lub artystycznej, bądź wyczerpuje się, jak przy pracy umysłowej zarobkowej, tem samem mniejszą cząstkę swej energii pozostawić może sprawom płciowym, którym towarzyszą zawsze wzruszenia, wymagające natężenia wszystkich władz umysłowych. Wogóle istnieje antagonizm między stopniem rozwoju i stopniem złożoności organizmu i jego zdolnością rozrodczą; im organizm bardziej jest złożony, im funkcye jego są liczniejsze i bardziej skomplikowane, tem słabiej są zaznaczone jego funkcye rozrodcze; co się tyczy osobników ludzkich, to fakt dużej płodności wśród warstw biedniejszych i znacznie mniejszej—wśród warstw zamożniejszych, znaleźć może po części wytłomaczenie w tem, że wśród warstw biedniejszych wyjątkowo spotkać można jednostki o organizacyi duchowo bardziej złożonej, z wybitnie indywidualnem piętnem, podczas gdy wśród warstw zamożniejszych indywidualność jest dość silnie zaznaczona; wśród warstw biedniejszych przeważają osobniki o organizacyi bądź prostej, nierozwiniętej jeszcze, bądź zanikowej, gdzie wskutek pracy maszynowej, jednostronnej, następuje przytłumienie wielu czynności organizmu, ogólny niedorozwój, a natomiast spotęgowanie czynności rozrodczej; można jednak mieć nadzieję, że walka emancypacyjna warstw biedniejszych podniesie je zarazem umysłowo, dając im możność korzystania ze zdobyczy wiedzy, będącej dotychczas własnością niepodzielną warstw zamożniejszych; jako jeden z prawdopodobnych skutków podniesienia kulturalnego i umysłowego ogółu ludności, będzie wzrost indywidualności, większa duchowa złożoność jednostek; spodziewać się można, ze wówczas stosunki płciowe prawdopodobnie staną się rzadsze, popęd płciowy stanie się słabszy; byłoby to zupełnie naturalne ograniczenie płodności, a nie sztuczne, drogą powstrzymywania się od stosunków płciowych, niemożliwego zresztą do przeprowadzenia w życie. Oczywiście, że trudno określić granice wpływu pracy umysłowej na zmniejszanie się płodności, tembardziej, że wpływ ten w chwili obecnej splata się częstokroć z wpływami, wynikającymi z dzisiejszych stosunków prawno politycznych i społeczno-ekonomicznych.

Praca umysłowa, stosunki społeczno-ekonomiczne, prawne, są więc czynnikami wpływającymi na zmniejszanie się płodności, ewent. powolniejszy wzrost potrzeb życiowych, a tem samem sprzyjającymi zrównoważeniu się ilości potrzeb i środków życiowych.

Jako potwierdzenie powyższego służyć może fakt, że w tych państwach, gdzie liczba urodzeń jest niższa, śmiertelność niemowląt jest również niższa, gdzie liczba urodzeń jest wyższa, śmiertelność niemowląt jest również wyższa; w latach 1887 — 1891 przeciętna liczba urodzeń w Europie była 33,1$^0/_{00}$, śmiertelność niemowląt w 1-szym roku życia 186,1$^0/_{00}$; w tym samym czasie we Francyi 21$^0/_{00}$—166,1$^0/_{00}$, w Irlandyi 22,8$^0/_{00}$—96$^0/_{00}$; w Belgii 29,3$^0/_{00}$ — 163$^0/_{00}$; w Szwajcaryi 27,7$^0/_{00}$ — 164$^0/_{00}$; w Szwecyi

28,4$^0/_{00}$ — 107$^0/_{00}$; w Danii 31,3$^0/_{00}$ — 134$^0/_{00}$; w Norwegii 30,8$^0/_{00}$ — 95$^0/_{00}$; w Anglii 31,3$^0/_{00}$ — 146$^0/_0$; w Holandyi 33,4$^0/_{00}$ — 175$^0/_{00}$; w Bawaryi 35,9^0 $_{00}$ — 270$^0/_{00}$; w Austryi 38$^0/_{00}$ — 249$^0/_{00}$; w Prusach 37,2$^0/_{00}$—208$^0/_{00}$; w Saksonii 41,8$^0/_{00}$— 283$^0/_{00}$; we Włoszech 37,6$^0/_{00}$ — 190$^0/_{00}$; w Wirtembergii 33,9$^0/_{00}$ — 261$^0/_{00}$; w Rosyi 47,3$^0/_{00}$ — 268$^0/_{00}$. Oczywiście, że powyższe cyfry możnaby tłomaczyć wyższą kulturą i lepszymi warunkami sanitarnymi w jednych państwach, ciemnotą i gorszymi warunkami sanitarnymi w drugich, pozostaje jednak fakt, że w krajach z wyższą kulturą procent urodzeń jest mniejszy i że procent ten zmiejsza się szybciej niż w krajach z niższą kulturą; jest rzeczą prawdopodobną, że wraz z radykalną zmianą ustroju społeczno stracą swe znaczenie niektóre czynniki, społeczno-ekonomiczne, zmierzające do ograniczenia ilości urodzeń, w każdym jednak razie zaprzeczyć się nieda, że ludzkość dąży do zrównoważenia ilości potrzeb i środków zarówno drogą zwiększania ilości środków życiowych, jak i ograniczenia wzrostu ilości potrzeb.

(d. n.)

Korespondencye.

Kilka słów o lazaretach Czerwonego Krzyża w czasie ostatniej wojny. *).

Od marca r. z. do października pracowałem w jednym z lazaretów Czerwonego Krzyża w Irkucku. Ponieważ sama instytucya rosyjskiego Czerw. Krz. więcej dotąd była znana z działalności swej w czasie pokoju i, trzeba przyznać, przez tę pokojową działalność nie mogła wzbudzić sympatyi ani wśród uczciwej części społeczeństwa rosyjskiego, ani tembardziej wśród naszych rodaków, myślę, że działalność Czerw. Krz. w czasie wojny z Japonią powinna wzniecać pewne zainteresowanie, i z tej racyi ośmielam się podzielić się z czytelnikami „Czasopisma“ memi wrażeniami i spostrzeżeniami.

„Czerw. Krzyż“ miał w Irkucku 10 szpitali, które mogły pomieścić blizko 1000 chorych, władze zaś wojskowe posiadały 20 szpitali na 5000 osób. Prócz tego w końcu lata r. z. władze wojskowe zbudowały jeszcze 20 lazaretów—namiotów na brzegu Angary w miejscowości bardzo nizko położonej i wilgotnej, lecz w tych namiotach chorych zupełnie nie umieszczano z powodu zimna, wilgoci i dostatecznej ilości miejsc w innych lepszych szpitalach. Inicyatorowie i zarządzający tymi namiotami byli by w niemałym kłopocie w chwili, gdy trzeba by było dać sprawozdanie z działalności tych lazaretów-namiotów, lecz wybawił ich z tego kłopotu straszny huragan, który namioty zerwał i zatopił w Angarze. Oprócz lazaretów miał Cz. Krz. pod swoją opieką stacyę bakteryologiczną Charkowskiego Towarzystwa lekarskiego, w której mogliśmy robić badania pod kierunkiem specyalisty bakteryologa i z której otrzymywaliśmy różne surowice lecznicze; następnie skład apteczny i skład materyałów spożywczych, bielizny, tytoniu i t. p.

Lazaret Czer. Krz., w którym ja pracowałem, należał do największych i najlepiej urządzonych. Chorzy w liczbie 150 mieścili się w 2-ch dużych jednopiętrowych drewnianych domach, oddzielne pomieszczenie zajmowała apteka, oddzielne kuchnia, pralnia i piekarnia, jak również oddzielne domki służyły za mieszkania dla naczelnego lekarza, ordynatorów, sióstr miłosierdzia i sanitaryuszów. Lazaret i budynki gospodarcze mieściły się wśród obszernego parku nad stawem i rzeką Uszakówką, dopływem Angary. Mieszkania ordynatorów i służby znajdowały się w pobliżu, w willach. W lazarecie pod względem obfitości i czystości powietrza i światła mieliśmy warunki doskonałe; chorzy chętnie spędzali czas w parku i na werandach. Na początku lata był zbudowany prócz tego jeszcze barak letni na 50 chorych, a w końcu lata jeszcze jurta z wojłoku, lecz z tej ostatniej nie korzystano z powodu spóźnionej pory. Wodę do picia i wogóle do potrzeb szpitalnych czerpaliśmy ze

*) Podług odczytu w „Kole lekarzy—Polaków w Petersburgu“ w d. 14 marca 1906.)

studni. Do ogrzewania wanien mieliśmy dwa ogrzewacze Beaurue. Apteka miała dostateczną ilość i rozmaitość środków lekarskich, prócz tego mieliśmy prawo w razie potrzeby przepisywać lekarstwa z apteki prywatnej. W aptece szpitalnej pracowała siostra miłosierdzia ochotnica, a w ciągu ostatnich 3 miesięcy—felczer. Mieliśmy w lazarecie, acz niewielkie, jednak wystarczające na potrzeby szpitalne laboratoryum.

Cały inwentarz lazaretu został przywieziony z Petersburga; wino szampańskie, koniak, tytoń, który rozdawano wszystkim chorym, jak również w ogóle wszystko, czego nam brakło w lazarecie, braliśmy ze składu Irkuckiego Cz. Krzyża. Chorych karmiono dobrze: dawano obiad z dwóch dań, gorącą kolacyę i herbatę 3 razy dziennie. Mięsa dawano funt na osobę, chleb w dowolnej ilości; wino, mleko, jaja, kompoty, wódkę—według uznania lekarzy. Przeciętny koszt żywienia chorego wynosił od 40 do 50 kopiejek dziennie, nie licząc używek (wina, tytoniu). Przeciętny koszt żywienia lekarzy i sióstr wynosił 90 k. na osobę dziennie. Przy tem ceny produktów wahały się znacznie w zależności od dowozu i pory roku, tak np. pud chleba pszennego kosztował od 1,65 k. do 4,00, pud mięsa od 4 r. 20 k. do 8 r. 80 kop.

Personel lekarski szpitala winien był składać się z czterech osób, lecz dzięki niedołęstwu administracyi i chaosowi, jaki w ogóle panował w zarządach Czerw. Krz. prawie przez cały czas mego pobytu mieliśmy siedmiu lekarzy, gdyż, naznaczając nowych, nie wydawano rozporządzenia co do losu starych ordynatorów, którzy pozostali przy lazarecie bez żadnej określonej roli. Ten chaos w działalności zarządu był jedną z przyczyn przykrych zajść pomiędzy lekarzami, które, niestety, były dość częste. Bez wątpienia, były też i inne przyczyny wytwarzające stosunki koleżeńskie wielce nienormalne i jako jednę z najważniejszych uznać trzeba sposób kompletowania personelu lekarskiego: zbierano do kupy ludzi wzajem sobie nieznanych, rozmaitych poglądów i usposobień i kazano im pracować i niemal żyć razem. Praca lekarska zaś jest tego rodzaju, że wymaga od współpracowników wzajemnego zaufania, szacunku, wzajemnych ustępstw i taktu. Według mego zdania, zespolenia potrzebnego w pracy można dopiąć tylko przez odpowiedni dobór pracowników, a więc należałoby, żeby albo lekarz naczelny dobierał sobie ordynatorów, albo też żeby ordynatorowie wybierali z pośród siebie starszego lekarza na pewien określony, lecz niezbyt długi okres czasu. Ten ostatni sposób był by może najlepszą podstawą dobrych stosunków pomiędzy lekarzami szpitali.

Funkcye pomocnic lekarskich i pielęgniarek pełniły siostry i sanitaryusze. Siostry miłosierdzia można podzielić na dwie kategorye: profesyonalne pielęgniarki i siostry — ochotnice. Najwięcej mieliśmy tych ostatnich, t. j. ochotnic; pochodziły one z rozmaitych warstw społecznych i posiadały bardzo różny stopień wykształcenia: zdarzały się takie, które ani pisać poprawnie po rosyjsku nie umiały, ani też czytać łacińskich recept, były jednak i studentki medycyny i osoby z całkowitem średniem wykształceniem. Siostry profesyonalne były jako tako do praktyki pielęgniarskiej przygotowane, siostry zaś ochotnice po przesłuchaniu krótkiego kursu przygotowawczego były zbyt mało wykwalifikowane w praktyce szpitalnej.

Oprócz studentek najlepszą opinię jako siostry miłosierdzia używały panny z wykształceniem gimnazyalnem, gdyż wkładały w swą pracę więcej inteligencyi i zrozumienia rzeczy. To samo można powiedzieć o sanitaryuszach: za najlepszych uchodzili studenci i posiadający średnie wykształcenie. Z ludzi zaś mniej lub wcale nie wykształconych wyróżnić należy sanitaryuszów—żołnierzy, których werbowano z tak zwanej „słabosilnej kamandy“. Byli to ludzie prości, lecz pracowici, posłuszni i ściśle wypełniający rozkazy.

W chwili, gdym przyjechał do Irkucka, a było to w krótce po bitwie pod Mukgdenem, wszystkie lazarety zajęte były przez rannych. W naszym lazarecie było ich 150. Ranni ci po krótkim pobycie w szpitalach Charbinu lub innych, znajdujących się w pobliżu, pozycyi bojowych musieli odbyć 10 dniową podróż 2000 w. do Irkucka, często w bardzo niedogodnych warunkach w t. z. pociągu sanitarnym i przeto większość musiała się zatrzymać w Irkucku, jeżeli nie dla operacyi i leczenia, to przynajmniej dla odpoczynku.

Charakter ran i operacyi, które były robione był bardzo jednostajny: przeważnie mieliśmy do czynienia z urazami kości i stawów, czasami tylko z ranami klatki piersiowej, części miękkich i nerwów. Stosunek ran postrzałowych do ran kłutych i ciętych, według sprawozda-

nia naczelnego lekarza sąsiadującego z naszym lazaretu d-ra Merca, wynosił 111:1. Od lipca rodzaj chorych zmienił się: chorych chirurgicznych było coraz mniej, zaczęli przeważać wśród przebywających chorzy na choroby wewnętrzne: anemię, skorbut, dyzenteryę chroniczną i katary kiszek, tyfus brzuszny, suchoty, malarię i t. d. Chorych na oczy koncentrowano w innym lazarecie Czer. Krz., znajdującym się pod kierunkiem d-ra Merca. Wśród chorych ocznych wypadków traumatycznych było 50, t. j. 11% ogólnej liczby chorób oka.

Na zakończenie powiem kilka słów o sposobach transportowania chorych.

Większe lazarety posiadały tak zwane finladzkie na dwu kołach kryte wózki na resorach na dwie osoby leżące, myśmy mieli powóz na 8 siedzących lub na 3 leżące osoby, zaopatrzony w daszek i boczne story. Przy doszczętnej ewakuacyi przed zwinięciem lazaretu posługiwalismy się środkami transportowymi wojskowej komisyi ewakuacyjnej: 4-o konnym omnibusem na 12 osób i parokonną karetką na 4 osoby leżące. Do karetki tej wsuwano i zawieszano na sprężynach po 2 lektyki z każdej strony, jedna nad drugą.

Dr. Bolesław Wilamowski.

Towarzystwa Lekarskie prowincyonalne.

Tow. Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z d. 7/II 1906 r.

I. Kol. Łukasiewicz przedstawił dziecko lat 6 z ambulatoryum szpitala Anny-Maryi dla dzieci z alopecia luetica (jednoczesne zmiany na wargach sromnych i circa anum).

II. Kol. Grosglik przedstawił 2-e dzieci z Lues heredit.

III. Kol. Trenkner i Goldman przedstawili 10-cio letniego chłopca, syna robotnika fabryk K. Scheiblera, z podleczonem spondylitis cervicalis tbc. Cierpienie rozpoczęło się w maju roku ubiegłego; bóle w okolicy kręgów szyjowych. Sprawa posuwała się b. szybko i w końcu maja chory nie mógł sypiać po nocach; stojąc, musiał podtrzymywać głowę oburącz. Objektywnie, prócz bolesności kręgów karkowych, można było stwierdzić dosyć znaczne lordosis kręgów szyjowych, ściana przednia gardzieli wypuklała się wybitnie ku jamie ustnej — dotyk tej części gardzieli był bolesny; od czerwca do 13 b. m. chory przeleżał w immobilizującem łóżku gipsowem z przyrządem do wyciągu (jury—mast) sporządzonem całkowicie tu w Łodzi przez kol. Goldmana. Prócz b. troskliwego domowego pielęgnowania i odżywiania (mieszkał we wsi pod Łodzią, na dzień wynoszono go wraz z łóżkiem do ogródka), chory zażywał przez cały czas tran; w czasie leżenia gruczoły karkowe boczne po jednej stronie obrzmiały a następnie zserowaciały (chełbotanie było bardzo wyraźne). Do przebicia jednak nie doszło, nastąpiło zupełne wessanie bez żadnej interwencyi. Odleżyn nie było. Raz na tydzień chłopiec zmieniał bieliznę i przy tej sposobności plecy wycierano wyskokiem. Obecnie bólów żadnych nie doznaje, porusza głową swobodnie — oczywiście, omijając ruchy w kręgach zrośniętych. Sprawę należy uważać, conajmniej, za podleczoną.

Na wszelki wypadek we dnie nosi jeszcze podtrzymujący głowę i ograniczający ruchy kręgów szyjowych kołnierz celuloidowy, wykonany również przez kol. Goldmana.

Wypadek ten zasługuje na uwagę ze względu, że pielęgnowanie chorego odbyło się nie w warunkach szpitalnych, lecz w domu, gdzie nie było nawet basenu do oddawania kału. Pomimo to odleżyn nie było.

Stan odżywiania chorego po ½ rocznem leczeniu poprawił się znacznie.

IV. Kol. A. Pański, przedstawił chorego 34 let., robotnika fabrycznego.

Przed rokiem po podniesieniu w górę ciężaru—ból krzyża, osłabienie dolnych kończyn. Po czterotygodniowym pobycie w szpitalu bóle i osłabienie kończyn przeszło, chory mógł powrócić do dawnego zajęcia, w którem pozostawał blizko rok.

Przed 2-ma miesiącami wystąpiły bóle krzyża, osłabienie prawej kończyny dolnej, uczucie odrętwienia l. kończyn dolnych.

Obecnie chory chodzi, powłócząc za sobą prawą k. dolną.

Osłabienie znaczne przy wykonaniu ruchów tą kończyną, mniej znaczne—kończyną lewą. Natomiast czucie, zwłaszcza cieplne, upośledzone jest bardziej na lewej kończynie dolnej; również czucie bólowe jest na l. k. doln. mniejsze, niż na prawej.

W okolicy abdominis, aż do linii pępkowej, nadczułość dotykowa i bólowa.

Odruchy kolanowe, stopowe bardzo żywe, Fussclonus.

Oddruch jądrowy prawy słabszy, również—brzuszny.

Na pr. str. Babiński.

Pęcherz, odbytnica działały sprawnie.

W okolicy 9 i 10 kręgów grzbietowych wzniesienie wskutek wypuklenia wyrostków kolcowych.

Garb przy opukiwaniu niebolesny.

Objawy ze strony mlecza przypominają typ porażenia Brown-Sequarda, co zdarza się przy uciskowem cierpieniu mlecza nieczęsto. Również nieczęsto występują objawy uciskowe po urazie stosu kręgowego. Z tych 2-ch względów przypadek ten zasługuje na wzmiankę. (Autoreferat).

V. Kol. Goldman i Pański przedstawili 2 dzieci z zapaleniem kręgów gruźliczego pochodzenia:

a) 6 letnią Zofię L., chorą od 5 miesięcy; poważnych chorób dotąd nie przechodziła, w rodzinie tylko dziadek ze strony matki chorował na płuca.

Przy ogólnym dobrym stanie zdrowia widzimy w okolicy 5 i 6 grzbietowych kręgów wzniesienie zależne od wypuklenia wyrostków kolcowych; garb ten jest bolesny przy opukiwaniu; wstrząs kolumny pacierzowej wywołuje ból w okolicy garbu. Powikłanie ze strony nóg zauważono od 2 miesięcy. Dziewczynka nie może ani siedzieć, ani stanąć o własnych siłach. Ruchów dolnemi kończynami nie wykonywa żadnych. Czucie (dotyku, bólu, ciepła i zimna) miejscami zniesione. Odruchy kolanowe żywe, stopowe mniej; brzusznego brak. Pęcherz, odbytnica w porządku.

2) Henryk K., $2^1/_6$ roku mającego, chorego od 4 miesięcy; w rodzinie nikt na gruźlicę nie chorował.

Przy braku chorobowych zmian w wewnętrznych narządach znajdujemy w okolicy 3 i 4 grzbietowych kręgów wypuklenie wyrostków kolcowych, bolesne przy opukiwaniu. Powikłanie ze strony nóg wystąpiło od 2 miesięcy. Początkowo jednę nóżkę (którą — niewiadomo) powłóczył. Obecnie porażenie dolnych kończyn kompletne. Porażenie spastyczne. Odruchy scięgniste wzmocnione. Czucie zachowane. Incontinentia urinae.

VI. Kol. Goldman przedstawił 7 letniego Hersza Z. z Tomaszowa, u którego od roku przy dobrym ogólnym stanie zdrowia zauważono powiększające się stale zgrubienie górnej wargi; zaczęło się to cierpienie jakoby po urazie, a mianowicie po uderzeniu o kamień. Obecnie mamy do czynienia z rozlanem zgrubieniem górnej wargi, niebolesnem przy obmacywaniu; na śluzówce wargi widać nieznaczne nadpęknięcia.

Kol. G. rozpoznaje lymphangioma diffusum labii superioris i proponuje leczenie wstrzykiwaniami ergotyny.

VII. Kol. Goldman przedstawił 20 kilkoletniego Franciszka R. z osteosarcoma tibiae sin; uderza znaczny zanik mięśni biodra — co częściej spotykamy przy gruźliczem cierpieniu stawu kolanowego.

VIII. Kol. Mogilnicki przedstawił dziecko 4 dniowe z Encephalomeningococle z ambulatorynm szpitala Anny-Maryi dla dzieci.

IX. Kol. Klozenberg omawia stan nerwowy dziecka przedstawionego przez kol. Goldmana w łóżeczku gipsowem.

X. Kol. Saks demonstruje chorą M. G., dotkniętą nawrotem raka w pochwie, po operacyi, dokonanej metodą Wertheima przez kol. E. Jasińskiego we wrześniu roku ubiegłego. Kol. E. Jasiński demonstrował w swoim czasie macicę, dotkniętą rakiem szyi macicznej, a wyłuszczonej drogą cięcia brzusznego, w Tow. Lek., przy czem wówczas rozwinęła się dyskusya na temat wyższości metody Wertheima wobec mnogich metod operacyjnych. Kol. Saks demonstruje chorą, jako przyczynek do wartości metody operacyjnej Wertheima.

XI. Kol. Saks demonstruje prawostronne zgrubiałe przydatki, otrzymane na drodze cięcia pochwowego od chorej, u której i z powodu tyłozgięcia macicznego dokonano jednocześnie *vaginofiksacyi*. Chora, 48 lat licząca, cierpi od kilku lat na uporczywe bóle brzucha, krzyża i nieprawidłowe a obfite miesiączkowanie. Długie próby leczenia zacho-

wawczego nie dawały wyniku pomyślnego. Trąbka zrośnięta z jajnikiem, torbielowato zwyrodniałym; przyczem w zewnętrznej swej części rozdęta i wypełniona przezroczystym płynem (hydrosalpinx). Operacya wyłuszczenia przydatków była dość uciążliwa ze względu na zrosty z otaczającemi tkankami. Przebieg pooperacyjny najzupełniej gładki. (Autoreferat).

XII. Kol. M. Cohn demonstruje macicę, dotkniętą kilku włókniakami, wyłuszczoną na drodze pochwowej u osoby 27 letniej. Osoba ta przed rokiem poroniła zaśniad groniasty, po którym nastąpiły obfite krwawienia maciczne, trwające do czasu operacyi — dwukrotne wyłyżeczkowanie macicy zatrzymywały czasowo krwawienia.

Próby wyłuszczenia samych tylko włókniaków z zachowaniem macicy nie udają się (powstają zbyt duże uszkodzenia macicy), kol. M. Cohn był przeto zmuszony wyłuszczyć macicę. Przebieg pooperacyjny bardzo gładki.

b) Dwustronne przydatki maciczne, otrzymane na drodze cięcia brzusznego od 38 letniej chorej, cierpiącej od lat kilku. Przydatki były zrośnięte w bardzo wielu miejscach z kiszkami, z otrzewną przyścienną, co utrudniało b. operacyę. Przydatki przedstawiają konglomeraty ze zrośniętych trąbek z jajnikami, przyczem zewnętrzne części trąbek są bardzo zgrubiałe i wypełnione ropą, jajniki zaś częściowo również wypełnione ropą (pyosalpinx et pyovarium). Chora po operacyi przez kilka dni nie miała wypróżnień pomimo wszelakich środków, przeto relaparotomia, przyczem okazuje się, że mamy do czynienia z zapaleniem otrzewnej, prawdopodobnie wskutek drobnego uszkodzenia kiszki przy oddzielaniu zrostów; worek Mikulicza do jamy brzusznej. Chora miała następnie wypróżnienie i poprawia się; rekonwaloscencya przedłuża się z powodu przetoki brzusznej na miejscu worka Mikulicza.

c) Bardzo zmienione przydatki maciczne (pyosalpinx et pyovarium dext.), otrzymane na drodze cięcia brzusz. od 36 l. M. S.; prawa trąbka wraz z prawym jajnikiem jest wielkości pięści, jajnik, zrośnięty z trąbką, w zupełności jest wypełnioną ropą. Trąbki w zewnętrznych swych częściach są grubosci serdelka. Przebieg pooperacyjny w pierwsze dnie najzupełniej pomyślny, 10-go dnia utworzył się pod skórą ropień, który pękł i pozostawił przetokę, prowadzącą głęboko do jamy brzusznej; przetoka do czasu pisania referatu niezagojona; wydziela się z niej dość znaczna ilość ropy.

XIII Kol. M. Bełżyński demonstrował guz: macicę razem z jajnikami i jajowodami, pochodzący od kobiety 36 letniej, która od roku cierpiała na wyniszczające krwotoki, wskutek czego poddała się operacyi usunięcia guza za pomocą cięcia brzusznego.

Macica wielkości głowy noworodka zawiera w sobie mięśniak, w którym znaleziono kilka torbieli wypełnionych płynem surowiczym; oba jajowody zarośnięte przy ujściu zewnętrznem są znacznie rozszerzone i też zawierają płyn surowiczy; jajniki, każdy wielkości jaja kurzego, przedstawiają się jako surowicze torbiele; śluzówka macicy w stanie przewlekłego przerostowego zapalenia.

Preparat przedstawia pewną osobliwość ze względu na znajdujące się w mięśniaku torbiele.

M. Bełżyński pokazał kamień pęcherza moczowego wydobyty przez cięcie pochwowo-pęcherzowe. Chora, kobieta 32 letnia, cierpiała od 1 roku na częste, bolesne i krwawe urynowanie.

Wymiary kamienia — 5. 4. 2 ctm.

XIV. Kol. Mazurkiewicz z Kochanówki wygłosił odczyt o opiece nad umysłowo-chorymi. Jest to wstęp do sprawozdania z r. 1905. Przewodnią myślą autora jest, iż zakłady dla umysłowo-chorych powinne być pod opieką nie prywatną a społeczną — samorządną a więc municypalną lub krajową, że zakłady powinny być urządzane na wielką skalę, gdyż to znakomicie ułatwia opiekę i zmniejsza koszta, że rozdrabnianie zakładów jest rzeczą i z punktu widzenia ekonomicznego i naukowego nader niecelową i szkodliwą.

Specyalnie zastanawia się prelegent nad sprawą założenia szpitala dla umysłowo chorych żydów i zaznacza, iż sprawa ta zyskałaby na połączeniu tego przedsięwzięcia z istniejącym już zakładem w Kochanówce. Prelegent w soczystych barwach przedstawia stosunek naszych bogatych miast, ściśle: obecnych zarządów miejskich, do sprawy opieki nad umysłowo chorymi—stosunek nader wsteczny i opłakany.

Kol. Likiernik zapytuje, czy praktycznie da się przeprowadzić urządzenia pawilonów dla umysłowo chorych żydów w Kochanówce. Prelegent w odpowiedzi jeszcze raz podkreśla nie tylko możliwość przeprowadzenia tej sprawy, ale i konieczność—w celu niemarno-

wania sił ekonomiczno-społecznych i wejścia raz na drogę postępu w pielęgnowaniu chorych bez różnicy wyznań. W Kochanówce prel. nie zauważył wśród umysłowo chorych żadnego antagonizmu wyznaniowego.

XV. Prezes odczytał sprawozdanie z posiedzenia Zarządu. Powstała kwestya przejrzenia regulaminu Towarz. w ogóle i z powodu nowych członków Zarządu jako to pomocnika sekretarza i bibliotekarza w szczególności.

W dyskusyi kol. S t e r l i n g przemawiał za powierzeniem sprawy zmian regulaminu kol. P i n k u s o w i jako autorowi poprzedniego regulaminu, kol. W i s ł o c k i i kol. Przewodniczacy pragną te sprawę powierzyć Zarządowi ewent. komisyi, co popiera kol. P i n k u s z zastrzeżeniem, żeby członkowie Tow. ułatwili tę sprawę, składając odpowiednie wnioski na ręce komisyi.

Kol. P a ń s k i wnosi, aby regulamin był możliwie krótki.

Towarzystwo upoważniło Zarząd do obrania komisyi.

XVI. Towarzystwo przyjęło wniosek Zarządu, aby goście każdorazowo byli wprowadzani i by odczytywano listę gości, a to w celu zachęcenia kolegów, którzy mieszkają dłużej niż rok w Łodzi, do zapisywania się na członków Towarzystwa.

XVII. Przewodniczący przypomina o konieczności rozpoczęcia prac w komisyi katologowej i wzywa kolegów do przyjęcia udziału w pracach.

Zapisali się koledzy: A. L a n d a u i S t e i n b e r g.

XVIII. Kol. Przewodniczący odczytał list kol. S o n n e n b e r g a, który zrzeka się stanowiska pomocnika sekretarza ze względu na nieokreślone wyraźnie stanowisko tegoż w Zarządzie.

Uważając ten motyw za przedwczesny, gdyż właśnie postanowiono zająć się sprawą regulaminową, a więc i lepszem określeniem stanowiska pomocnika sekretarza, Towarzystwo wobec kategorycznej odmowy kol. S o n n e n b e r g a powołało na pomocnika sekretarza kol. S k a l s k i e g o, który przy głosowaniu otrzymał największą ilość głosów po kol. S o n n e n b e r g u.

XIX. Kol. K a u f m a n zdał sprawę ze stanu rokowań ze Zarządem szpitala Czerw. Krzyżem co do rozpatrzenia sprawy kol. D r u e b i n a, zakomunikował odpowiedź ostateczną Dr. B e c k m a n a, która zaprasza Towarz. do rozstrzygnięcia tej sprawy.

Do komisyi, która ma się zająć na miejscu rozpatrzeniem zarzutów kol. D r u e b i n a, powołano kolegów: M. C o h n a, G o l d m a n a, K a u f m a n a, F a n k a n o w s k i e g o i B r u d z i ń s k i e g o.

J. Brudziński.

Posiedzenie z d. 21/II 1906 r.

I. Kol. G o l d m a n demonstruje chorego dokniętego ropniem podprzeponowym, którego operowano przedtem z powodu zap. wyrostka robacz. w Warszawie a ostatnio w szpitalu Poznańskich, gdzie po długiej obserwacyi i paru próbnych punkcyach dokonano rezekcyi 9 i 10 żeber z prawej strony i wypuszczono obfitą ilość ropy. Po długotrwałej gorączce chory powrócił do zdrowia i czuje się dobrze.

II. Kol. G r o s g l i k przedstawia chorego dotkniętego chorobą favus universalis na tułowiu i kończynach. Cierpienie trwa od lat 3. Dziecko ma 6 lat. Charakter cierpienia stwierdzony drobnowidzowo.

III. Kol. P a ń s k i demonstruje dziecko dotknięte porażeniem Erbowskiem lewej górnej kończyny. Dziecko było badane przez chirurga, kol. G o l d m a n a, który rozpoznał w danym wypadku wrodzone cierpienie panewki stawowej i proponował artrodezę.

IV. Kol. M a y b a u m przedstawił chorą dotkniętą zwiśnięciem ogólnem trzewiów. Zwykłe przyczyny wywołujące to cierpienie (gorset, częste porody), uraz — w danym wypadku wyłączone.

V. Kol. P e r l i s przedstawił chorą, która wskutek upadku, jaki się zdarzył przed kilkoma laty, została dotknięta guzem kostnym wielkości dużego jabłka w dolnej części prawej goleni. Kol. P e r l i s jest zdania, że jest to exostoza lub enchondroma.

VI. Kol. P a ń s k i demonstruje chorego dotkniętego hemi-hyperhydrosis faciei et capitis strony prawej; jest to przejaw cierpienia nerwu współczulnego, co potwierdza dziedziczność (matka).

VII. Kol. K r u s c h e czyta w dalszym ciągu rzecz: „O ranach postrzałowych“ na podstawie statystyki s-la św. Aleksandra w Łodzi. (Drukowane w „Czasopiśmie“).

W dyskusyi kol. G o l d m a n winszuje wyjątkowo pomyślnie i obficie zebranego materyału. Sądzi, że nawet najszybsza i aseptyczna pomoc nie zawsze jest w stanie dać dobre rokowania, w wypadkach ciężkich uszkodzeń,

Kol. Perlis wspomina, że jeden z chorych prelegenta, stracony przez kol. Kruschego z oczu, wyzdrowiał. Przytacza również przypadek conturschuss z ostatnich czasów. Wypadki obserwowane w szpit. Poznań. nie były tak pomyślne, jak prelegenta. Parokrotnie wypadło dokonać amputacyi. Raz mieli do czynienia z błyskawiczną posocznicą uda. Rany klatki piersiowej z 11 dały dwa wypadki śmierci. Co do ran czaszki, to w jednym przypadku substancya mózgowa wypływała w ciągu 4 dni.

Kol. M. Cohn mówi, że rany postrzałowe brzucha mogą mieć zejście pomyślne na ludziach głodnych. Spostrzegane w ostatnich czasach w Łodzi uszkodzenia zadane bronią palną nie upoważniają do nazywania jej humanitarną. W szpitalu Poznańskich mieli przypadki wyzdrowienia po i bez operacyi.

Kol. Pański jest zdania, że w wypadkach ranienia kręgosłupa i mlecza następuje poprawa, lecz nie całkowite wyzdrowienie.

Kol. Krusche w odpowiedzi zgadza się, że był to może szczęśliwy zbieg wypadków, obstaje jednak przy swym zdaniu, że, wogóle biorąc, broń obecna sprawia mniejsze spustoszenia niż dawniejsza.

Co do uszkodzeń mlecza—chory jest do obejrzenia, żyje bowiem.

VIII. Kol. Silberstrom wygłosił rzecz p. t. „W kwestyi tożsamości paciorkowców". (Streszczenie autora).

Czy wszystkie paciorkowce stanowią jeden gatunek drobnoustrojów—oto pytanie, nad którem zastanawiało się wielu badaczy. Nową próbę rozwiązania tej kwestyi podjął Schottmüller.

Biorąc za punkt wyjścia sposób reagowania chorobotwórczych paciorkowców na pożywki z krwią, Sch. rozróżnia na tępujące odmiany paciorkowców: 1) strept. pyogenes S. erysipelatos, którego właściwość stanowi *hemoliza*, t. j. wytwarzanie fermentu (hemolizyny), rozkładającego barwnik krwi, 2) str. mitior s. viridans, który na pożywkach krwistych tworzy zielone kolonie bez zjawiska hemolizy (stosunkowo mało zjadliwy); 3) str. mucosus, który na agarze z krwią tworzy nalot śluzowy, pod drobnowidzem zaś koło ziarniaków występują otoczki (bardzo złośliwy). Te odmiany paciorkowców, podług Sch., ścisle zachowują swoją inwidualnośc bez względu na liczbę przeszczepień. Podział Sch. potwierdza Eugen. Fränkel, dodającod siebie szereg nowych obserwacyi, tyczących się str. mitior i mucosus. Autor podjął zamiar sprawdzenia tej klasyfikacyi drogą serodyagnostyczną. Gdyby tą drogą udało się stwierdzić klasyfikacyę Sch., to praktykowany obecnie sposób przyrządzania surowicy przeciwpaciorkowcowej wieloważnej powinien byłby opierać się jedynie na podstawach wynikających z tej klasyfikacyi.

Autor hodował paciorkowce z ropy i krwi, branej z rozmaitych źródeł, prócz tego korzystał z gotowych hodowli z instytutu Blumentala w Moskwie. W celu otrzymania mieszanin pożywek z krwią korzystał z krwi koni i królików. Wyniki były następujące:

Dziesięć szczepów okazało się posiadającymi własności hemolityczne, dwa szczepy dały wyniki charakterystyczne dla str. mitior. Na żadnej z dokonanych hodowli nie dostrzeżono cech właściwych str. mucosus.

Najcharakterystyczniejszemi są zjawiska hemolizy na agarze z krwią i buljonie z krwią. Ta ostatnia mieszanina staje się zupełnie przejrzystą i otrzymuje barwę wina burgundzkiego. Zupełnie tak samo hemolizuje przesącz z jedno lub dwudniowej hodowli (hemolizyna). Str. mitior daje całkowite zmętnienie buljonu, podczas gdy str. erysipelatos tworzy osad. Odmiany te zachowują się różnie i wobec mleka.

Charakterystycznym okazał się porost str. mitior na pożywce Conradi'ego i Drygalskiego, na której to wyrastał szybko i obficie, zabarwiając ją na czerwono, podczas gdy str. erysipelatos wyrastał skąpo i nie dawał tak wyraźnej zmiany barwy.

Przechodząc do doświadczeń na zwierzętach, z otrzymanych szczepów str. mitioris jednym szczepem uodporniono króliki po zabiciu hodowli przy 70°, krew wzięta od królików po uodpornieniu dawała aglutynacyę w rozcieńczeniu 1:5000 z homologicznym szczepem, lecz nie z heterologicznym szczepem str. mitior. Ze wszystkimi szczepami, należącymi do odmiany str. erysipelatos, wynik aglutynacyi był również ujemny. Jednocześnie autor uodparniał króliki jednym ze szczepów hemolizujących, początkowo przy pomocy zabitych, później zaś żywych hodowli. Krew królików uodpornionych dała aglutynacyą z homologicznym szczepem w rozcieńczeniu 1:2000; z resztą szczepów hemolizujących wynik był ujemny, również ze szczepami str. mitior. Usiłowania, skierowane do otrzymania od tych ostatnich królików suro-

wicy o wyższem mianie aglutynacyjnym przy pomocy żywych hodowli, spowodowały śmierć królików, u których w sercu i narządach miąższowych stwierdzono paciorkowce hemolizujące. W ten sposób otrzymane wyniki niezgodziły się z klasyfikacyą Sch. Wyników tych autor nie uważa za ostateczne, przypuszcza jednak, ze obrana przez niego droga do wyświetlenia omawianej sprawy jest najwłaściwszą. Sprawa ta zasługuje na tem większą uwagę, iż z nią związane jest zagadnienie racyonalnego przyrządzania surowicy przeciwpaciorkowcowej do celów leczniczych.

W dyskusyi nad odczytem kol. Silberstroma — Sterling pyta o wpływ tlenu na rozwój paciorkowców, widzi bowiem różnice między wynikami Siberstroma i Schottmüllera. Drugie pytanie tyczy drugiej seryi królików, czy pozostały one zdrowe.

Prelegent odpowiada, że króliki były zdrowe, waga ich wzrastała. Aglutynacya zresztą może nastąpić nawet bez objawów choroby u zwierzęcia. Jedynym objawem choroby mogła być utrata wagi, injekcye bowiem były wewnątrzżylne. Sprawa wpływu mniej lub bardziej obfitego dostępu tlenu na hemolizę nie zajmowała w danym wypadku prelegenta.

Kol. Sonenberg sądzi, że uodpornienie może się odbywać i bez podniesienia ciepłoty (syfilis). Pyta, czy streptococcus conglomeratus miał działanie hemolityczne.

Kol. Trenkner sądzi, że należy badać przed szczepieniem surowicę zwierząt poddawanych doświadczeniom wobec możliwości posiadania przez nią własności aglutynacyjnych.

Prelegent odpowiada, że jego zdaniem str. conglomeratus jest identyczny ze str. erisipelatos. Co do działania aglutynacyjnego zwierząt zdrowych—istnieje ono niewątpliwie, ale w bardzo słabym stopniu, co stwierdza w swej pracy Karwacki. Normalna surowica jego królików niedawała aglutynacyi.

Ad. I. Kol. Sterling w sprawie demonstracyi abscessus subfrenicus mówi, że po pierwszej operacyi można było sądzić, że się ma do czynienia ze sprawą gruźliczą. Wskazuje na rozpoznawcze znaczenie objawu Littena, który w tym wypadku pozwolił na rozpoznanie dokładne. Sonenberg i Maybaum mówią, że objaw jest wyraźniejszy przy sztucznem świetle.

XI. Kol. Fankanowski mówi o sprawach bibljotecznych i katalogowych.

X. Kol. M. Cohn demonsruje adnexa wyłuszczone z powodu ciąży zamacicznej.

XI. Kol. Goldman w sprawie demonstrowanego na poprzedniem posiedzeniu guza dodaje, że po wycięciu przekonano się, iż jest to nowotwór złośliwy, czem wogóle odznaczają się guzy pęcherza, że z łagodnych przechodzą w złośliwe.

XII. Kol. Bełżyński pokazał dwie pęknięte przy porodzie macice, usunięte drogą cięcia brzusznego.

Obie chore A. M. lat 39 — XI para i J. O., lat 36 — VI para, dotychczas rodziły zwykłe łatwo, odbywały ostatnie porody w nader ujemnych warunkach i przy pomocy bab w chatach podmiejskich, gdzie wszelkie czynniki mogły tylko sprzyjać zakażeniu.

Należy zaznaczyć, że u A. M. okres porodu przed pęknięciem trwał 8 godzin, a u J. O. — tylko $3^1/_2$ g. Płody znaleziono przy operacyi w jamie brzusznej, położenie więc podczas porodu niewiadome.

Obie chore były operowane w szpitalu fabrycznym L. Geyera, dokąd zostały dostarczone w stanie wybitnej anemii, prawie bez pulsu.

Zabieg polegał na amputacyi macicy po nad elastyczną podwiązką z następczem wszyciem kikutu w dolny brzeg rany brzusznej i założeniu worka Mikulicza, wyściełającego całą małą miednicę.

U A. M. pęknięcie rozpoczyna się w dolnym odcinku macicy, idzie poprzecznie, obejmując przeszło połowę obwodu organu i zmienia kierunek ku górze, dochodząc nieco powyżej prawego jajowodu.

U J. O. takież poprzeczne pęknięcie z prawostronnem pionowem—aż do jajowodu.

W obu przypadkach nastąpiło wyzdrowienie, co B. stawia poniekąd w zależności od zastosowanego zabiegu, przy którym manipulacye w jamie otrzewnej trwają zaledwie 1—2 minuty, nie pozostawia się na stałe podwiązek, a wreszcie—dokładnie sączkuje zakażoną, przypuszczalnie, jamę brzuszną.

Posiedzenie z d. 7/III 1906 r.

I. Kol. Perlis demonstruje przypadek rzeżączkowego zapalenia stawów u noworodka — polyartritis gonorrhoica.

3 tygodniowe dziecko płci męzkiej, ojciec od 2 lat cierpi na przewlekłą rzeżączkę tylnej cewki. Zarażenie matki datuje od roku.

Dziecię przyszło na świat z rzeżączkowem zapaleniem łącznic—blenorrhoea neonatorum — ze znacznym wypływem ropnym. Od początku leczone przez specyalistę. Od tygodnia wydzielina z łącznic ustąpiła w zupełności, jednocześnie zaczęły obrzmiewać stawy: prawy łokciowy, prawy kolanowy i lewy napięstkowo-paliczkowy dużego palca. Stan gorączkowy, dziecko niespokojne. Ruchy w stawie łokciowym i kolanowym ograniczone; przy biernych—dziecko mocno krzyczy. Stawy te znajdują się w położeniu zgiętem, wyprostowanie nie daje się uskutecznić z powodu bólów.

Dookoła stawu łokciowego dość znaczny wysięk. Na miejscu stawu napięstkowo-paliczkowego dużego palca lewej ręki skóra mocno zaczerwieniona; pod skórą wyraźnie ograniczone chełbotanie, phlegmone pararticulare. Poza tem dziecko nie przedstawia żadnych zmian chorobowych. Jama ustna, nosogardzielowa zmian nie wykazują. Na miejscu odpadniętej pępowiny — blizna. Organy wewnętrzne bez zmian.

2) Przypadek dużych rozmiarów raka nasady nosa.

75-cio letnia kobieta; przed niespełna rokiem guz wielkości orzecha na lewej stronie ucha. Usunięto go za pomocą wycięcia gruczołu; okoliczne wyjęte nie były. Obecnie na lewej stronie nosa znajduje się blizna po dokonanej operacyi; na prawej stronie przed 4-ma miesiącami wystąpił guzik, który, szybko rosnąc, zajął całą prawą i środkową część nosa, przeszedł na prawy otwór nosowy, na przegrodę, część chrząstkową kości nosowych, podniebienie twarde. Guz szybko rośnie ku prawemu oczodołowi.

3) Z kazuistyki ran postrzałowych: Mężczyzna 30 letni postrzelony z rewolweru systemu Browninga przed 10 dniami. Otwór wejściowy kuli znajduje się z lewej strony krtani na wysokości chrząstki tarczowej, wyjściowy otwór z prawej strony krtani w okolicy mięśnia obojczyka sutkowego. Następnie kula po raz wtóry wchodzi pod skórę okolicy nadobojczykowej prawej i zatrzymuje się pod skórą na tylnej powierzchni prawego ramienia w górnej trzeciej, zkąd zostaje wydobyta przez cięcie skórne w stanie niezmienionym. Chory w stanie głębokiej zapaści; tętno zdaje się być wyczuwalne, sinica warg i twarzy, krtań i tchawica zmienione znacznie na lewą stronę szyi, z prawej strony na szyi mocny wylew krwawy podskórny i rozlany otok powietrzny. Objawy obrzęku dookoła szczeliny głosowej. Natychmiastowa tracheotomia dolna. Szybki powrót do przytomności.

Pomimo znacznego przesunięcia tchawicy na lewo, cięcie takowej nie przedstawia żadnych trudności. 3-go dnia rurka usunięta, chory uskarza się na bardzo utrudnione łykanie, co powoli przechodzi.

Bardzo silna chrypka przechodzi zupełnie po tygodniu. W przypadku tym nastąpiło zranienie chrząstki tarczowej z następczym obrzękiem szczeliny głosowej: Po 10 dniach języczek, silnie zbaczający na lewo, powraca do normalnego położenia. Gojenie ran bez powikłań. Badanie wewnątrzkrtaniowe wykonał kol. P r z e d b o r s k i, podając oddzielnie rezultat takowego.

4) Rana postrzałowa z rewolweru systemu Browninga jamy ustej i nosogardzielowej.

Mężczyzna 20-to letni otrzymał postrzał, siedząc na kanapie z głową w tył przegiętą. Kula przeszła przez dolną część prawego przedramienia powierzchownie (chory zasłonił twarz ręką); weszła do jamy ustnej. Otwór wejściowy znajduje się na twardem podniebieniu w tylnej jego części. Otwór wyjściowy znajduje u kąta lewego oczodołu. Wyrostek czołowy kości nosowej lewej jest strzaskany.

Rana obficie krwawiła. Zgłębnik, wprowadzony przez otwór wyjściowy u kąta oczodołu przechodzi przez dość długi kanał, aż do otworu na podniebieniu twardem. Gojenie bez powikłań. Badanie wewnątrznosowe wykazuje zranienie lewej muszli średniej. Zejście w przytoczonym przypadku postrzału jamy ustnej należy do rzadko szczęśliwych w tej kategoryi.

II. Kol. B e ł ż y ń s k i przedstawił tygodniowe dziecko, u którego dokonał w 20 godzin po porodzie w uśpieniu eterowem radykalnej operacyi przepukliny sznurka pępkowego; przepuklina zawierała liczne pętle kiszek, które odprowadzają się dosyć łatwo.

Dziecko znosiło zabieg dobrze; obecnie na całej linii cięcia brzusznego, prócz ostatniego dolnego szwu—rychłozrost.

Demonstrowany również worek przepuklinowy przedstawia się w postaci lejka, mierzącego przy podstawie 6 ctm. w poprzecznicy; wierzchołek worka przechodzi w pępowinę.

Pokazane dziecko posługuje jeszcze na uwagę i z tego względu, że prócz wzmiankowanej dosyć rzadkiej wady rozwojowej, ma wrodzone znaczne zmiany w dolnych kończynach i zewnętrznych organach płciowych.

Mianowicie: skóra i tkanka podskórna są nader zgrubiałe, wskutek czego kończyny dolne pozbawione są swej właściwej konfiguracyi, a penis, również zniekształcony, mierzy 6 ctm. długości. Bełżyński rozpoznaje w tym wypadku elephantiasis congenita.

Ojciec dziecka ma taką samą wadę wrodzoną, lecz ograniczającą się tylko do stóp i podudzi, a jedno z jego dzieci, obecnie już nieżyjące, urodziło się z podobnemi zmianami w kończynach dolnych.

III. Kol. Goldblum demonstrował osobnika dotkniętego częściową afazyą korową.

IV. Kol. Kozłowski odczytał rzecz o Ojcowie jako miejscowość klimatyczno-leczniczej. Prelegent podnosił położenie Ojcowa, jego zalety, jakkolwiek nie pominął i braków, wypływających w znacznej mierze z nazbyt małej frekwencyi.

W dyskusyi kol. Handelsman zaznacza niskie położenie parku Ojcowskiego; widział on pogorszenie w wypadkach reumatyzmu. Zabiegi hydropatyczne są dokonywane w ciemnym pokoiku. Sala czytelni jest nazbyt mała. Mieszkania są dobre. Żywienie kiedyś było marne; obecnie jest lepsze. Służba bardzo dobra. Jadalnia jest za szczupła. Co do braku ożywienia Ojcowa pod względem towarzyskim, sądzi, że jest to zaletą dla chorych nerwowych. Droga do Ojcowa rzeczywiście jest fatalna, ale tylko raz się ją przejeżdża.

Kol. Wisłocki mówi o złem pożywieniu w Ojcowie.

Kol. Likiernik, mówiąc o brakach Ojcowa, wymienia zły dojazd, bliskość stajen zakładu, błota, podkreśla zaś zalety zmarłego kol. Niedzielskiego, jako kierownika.

Kol. Rząd wyjaśnia wiele braków Ojcowa nieuregulowaniem prawa posiadania. W środku terenu Ojcowa leżą drobne działki włościańskie, utrudniając doprowadzenie całości do porządku.

Kol. Jasiński mówi, że zakład jest prowadzony przyzwoicie; o ile pieniądze są, wszystko jest dobrze, administracya jednak skąpi i to jest źródłem braków, jak okropne drogi, zła orkiestra.

Kol. Koliński podnosi zalety Ojcowa, jako jedynej bodaj miejscowości odpowiedniej dla turystyki, nie zamyka jednak oczu na braki. Hotele okropne, ustępy możliwie najgorzej urządzone.

Kol. Handelsman jeszcze dodaje, że zakład powinien wziąć na siebie restauracyę.

Kol. Pinkus mówi, że w Ojcowie był 2 razy, za drugim razem widział ulepszenia. Przyznaje, że drogi są złe, nie tak jednak straszne, jak o nich mówią. Podróż od kolei trwa $2^1/_2$ godzin. Sądzi, że konieczną rzeczą jest uporządkowanie praw własnosci. Brak dobrego mięsa. Zakład robi wrażenie dodatnie.

Kol. Sterling zaznacza, że park Ojcowski jest bardzo wilgotny, co jednak możnaby usunąć drogą sączkowania. Dane cyfrowe przytoczone przez prelegenta dowodzą, że sam Ojców nie jest wilgotny. Chcąc doprowadzić do porządku tak Ojców, jak inne miejscowości lecznicze, należałoby wprowadzić specyalne przepisy prawne obowiązujące dla miejscowości leczniczych a prawem przewidziane.

W odpowiedzi oponentom kol. Kozłowski dzieli zarzuty na dwie grupy: możliwe do usunięcia i niemożliwe. Mówi, że zakład jest rozszerzony; jadalnia mieści 100 osób; goście z prywatnej restauracyi przechodzą do zakładowej. Antagonizm między właścicielem zakładu a lekarzem wynika z niezbyt świetnych interesów, jakie robi zakład. Powiększenie liczby przyjeżdżających polepszy stan rzeczy. O ile lekarze, a za nimi publiczność, przekonają się o zaletach Ojcowa, stan rzeczy polepszyć się musi. Droga obecnie jest naprawiona; wyszosowanie jej pochłonęłoby olbrzymie sumy. Hotele uporządkowane.

Jako wyjaśnienie dodaje kol. Handelsman, że właściwie mówiąc, zakład daje zyski, straty majątek.

Zamykając dyskusyę, Sterling dziękuje prelegentowi i dodaje, że na każdym kroku widoczną jest konieczność reform politycznych, które nawet dla miejscowości klimatycznych przyniosą ulepszenia, ponieważ władze autonomiczne będą dbały o te zakłady.

VI. Kol. Maybaum wygłosił rzecz o przewlekłem zapaleniu wyrostka robaczkowego.

W dyskusyi nad odczytem kol. Maybauma zaznaczył kol. Handelsman możliwość przenikania drobnoustrojów do wyrostka robaczkowego; wskutek znacznej ilości drobnoustrojów mamy do czynienia z ostrymi, w razie małej—z przewlekłymi wypadkami cierpienia. Brak bolesności w punkcie Mac Burney'a nie jest stanowczym zaprzeczeniem istnienia choroby. Nie należy zapewniać chorego, że po operacyi będzie zdrów, gdyż zabieg chirurgiczny w tym wypadku nie zawsze leczy.

Kol. Perlis mówi o pomiarach wyrostka robaczkowego w związku z punktem Mac Burney'a. Interniści kierują chorych do chirurgów ze względu na niebezpieczeństwo. Körte zaś mówi, że przed 6 tygodniami nie należy operować. % niepomyślnych zejść. pooperacyjnych wynosi nie 2 lecz więcej, co zależy od techniki.

Kol. Rząd zwraca uwagę na znaczenie rozpoznawcze objawu napięcia obronnego ściany brzusznej. Wyrostek robaczkowy nie zawsze jest źródłem sensacyi bólowej, gdyż nawet po jego wyjęciu bywają te sensacye. Nie każdy ból w okolicy wyrostka jest zapaleniem wyrostka. Należy badać per rectum.

Kol. Sterling dodaje, że wyrostek może leżeć w różnych punktach nie odpowiadających bolesnemu punktowi Mac Burney'a. Podział Maybauma uwzględnia dwie kategoryę cierpienia; kol. Sterling sądzi, że w wielu ostrych wypadkach poprzednio były tępe bóle. W tym wypadku, jak i wielu innych, nie podobna stosować schematu.

Prelegent oświadcza, że skorzysta z uwag oponentów i pracę swą dopełni. Kol. Rządowi mówi, że badanie per rectum jest rzeczą konieczną. Wpływu pestek różnych owoców na powstawanie cierpienia nie uznaje.

W rozprawach nad demonstrowanymi chorymi brali udział kol. Perlis i Rząd.

Posiedzenie z d. 21/III 1906 r.

Odczytanie sprawozdania z poprzedniego posiedzenia wywołuje wyjaśnienia i poprawki ze strony kol. Handelsmana i Goldmana. Poprawki uwzględnione. Przewodniczący powołuje się na regulamin, który—w celu uniknięcia nieporozumień co do ścisłego przytoczenia słów oponentów,—żądą doręczenia sekretarzowi krótkiego autoreferatu z przemówień.

I. Kol. Perlis demonstruje 23 letnią dziewczynę dotkniętą owrzodzeniem pośrodku górnej powierzchni języka. Owrzodzenie powstało przed 2 miesiącami. Obecnie dosięgło wielkości monety 20 kopiejkowej. Jest bolesne, o brzegach na zewnątrz wywiniętych z otworem kraterowatym pośrodku, sięgającym dość głęboko w miąższ języka. Znamion przymiotu nigdzie niema. Virgo intacta. Gruźliczy charakter cierpienia potwierdzają: 1) stan obu wierzchołków płucnych, będących w okresie daleko posuniętego nacieczenia gruźliczego, i owrzodzenie na prawym łuku podniebiennym, na którym błona śluzowa jest dość głęboko wyżarta, tak, że wytworzył się brzeg zazębiony, jak również obecność dość dużych i licznych gruzełków, pokrywających brzeg owrzodzonego łuku.

Ten sam kolega przedstawił kamień wielkości sporego orzecha amerykańskiego, wydobyty za pomocą cięcia nadłonowego u mężczyzny 42 letniego, cierpiącego od lat 4 na krwiomocz i ropomocz. Cięcie ściany pęcherza poprzeczne; przyszycie jej do mięśni prostych za pomocą dwu szwów (po jednym z każdej strony), pęcherz niezaszyty.

St. Skalski.

Krytyka i bibliografia.

Medycyna w Samorządzie. *Stan obecny lecznictwa publicznego w Królestwie Polskiem. Braki i potrzeby.* Praca zbiorowa podjęta i wydana staraniem grona lekarzy warszawskich. Warszawa. E. Wende i S-ka—1906, str. 298 + VII.

Jednym z wielu objawów żywotności społeczeństwa polskiego jest ponowny rozkwit myśli społecznej w czasie obec-

nym, która, przez stulecie gnębiona i niszczona, przy lekkiej tylko zmianie warunków, nie czekając aż na dobre rozpocznie się wiosna, stokrotne puściła pędy i na wielu niwach zabłysła jaskrawym kwiatem. Do kwiatów tego rodzaju bezwarunkowo należy leżąca przedemną w tej chwili książka. Z każdego jej słowa bije gorąca miłość dla ludzi, dla kraju, cześć dla nauki i równie wielka nienawiść dla ucisku i bezprawia, które, choć ma pono przeminąć, jeszcze trwa, gnębi i drażni, nie pozwala autorom zdobyć się na ton objektywnie historyczny przy traktowaniu stanu obecnego i niedalekiej przeszłości.

Książka ta jest pracą zbiorową, obejmującą w swej treści całokształt potrzeb społeczeństwa w dziedzinie zdrowia. Poszczególne działy opracowali lekarze warszawscy ogólnie znani ze swej działalności na niwie lekarskiej i społecznej, d-rzy M ę c z k o w s k i, K a r c z e w s k i, S a w i c k i, R z ę t k o w s k i, L a n d s t e i n, J a w o r s k i, K a m i e ń s k i, K o p c z y ń s k i, R a d z i w i ł ł o w i c z, B r o n o w s k i, B o r n s t e i n, F l a t a u, K n a p p e i p. R. Ż y c k i. Z lekarzy prowincyonalnych wziął udział w tej pracy tylko jeden, mianowicie dr. S t e r l i n g, z Łodzi, i ten brak lekarzy prowincyonalnych w gronie autorów, jak mniemam, stał się przyczyną pewnych usterek i braków dzieła.

Tym tylko składem redakcyjno-autorskiej spółki objaśnić można fakt, że więcej, niż połowa książki traktuje o szpitalach i analogicznych instytucyach miejskich, a rzec można: specyalnie warszawskich, podczas gdy sprawa pomocy lekarskiej na wsi, jej historya i stan obecny rozwiązana jest na 30 stroniczkach, a organizacya sanitarno-hygieniczna nawet wyraźnie nie została naszkicowana.

Traci książka na tej nierównomierności bardzo dużo, tem więcej, że jako dzieło społeczne, powinna się znaleźć w rękach wszystkich obywateli, nie samych tylko lekarzy. Styl barwny i naogół potoczysty, treść zajmująca wszystkich i przez autorów serdecznem uczuciem owiana, pociągną zwykłego czytelnika i zmuszą do uważnego przeczytania i rozważenia poruszonych pytań. Ale pocóż nadużywać cierpliwości ludzkiej i w dziele kwestye ogólne traktującym podnosić sprawę kroju płaszcza szpitalnego i trepków? Bezwarunkowo nie jest to kwestya błaha z punktu widzenia lekarza szpitalnego, ale nie należy ona do rzędu rzeczy krzyczących, wymagających agitacyi w społeczeństwie; po cóż więc mamy naśladować pewne rządy, które uświęcają wszelkie zmiany kursu w polityce zmianą uniformów?

Z góry oznajmiając moje najwyższe uznanie dla pracy autorów, którzy w dzisiejszych ciężkich warunkach, kiedy statystyka kraju naszego, będąc w ręku organów rządowych inspekcyi lekarskich i kom. statystycznego, jest dla ogółu rzeczą mało dostępną i a priori rzec można niedołężnie prowadzoną, potrafili zgromadzić ogromną, jak na te warunki, masę materyału rzeczowego i historycznego, nie mogę jednak nie wskazać, jakie jeszcze dane konieczne są „aby na tej podstawie opracować plan przyszłej działalności“.

Otóż, o ile zauważyć zdołałem, brak jest danych co do faktycznego stanu majątków i kapitałów szpitalnych według gubernii; brak danych co do rozmiaru rzeczywiście wpływającego podatku szpitalnego i ściąganej z gmin opłaty za leczenie w szpitalach jej członków, co w sumie dało by rzeczywisty koszt, ponoszony obecnie przez społeczeństwo na leczenie biednych w szpitalach; brak danych co do cyfry urodzeń, która mogłaby wyświetlić rozmiar potrzeby pomocy położniczej; brak wszelkich wskazówek co do korzystania ze szpitali przez ludność wiejską, podmiejską—z miejscowości nieco dalej od szpitala położonych, gdyż takie tylko dane mogły by przechylić szale na rzecz budowy dużych lub małych a gęsto rozsianych szpitali.

Statystyka n. p. ziemstw rosyjskich dowodzi, że sfera szpitala nie przechodzi kilku wiorst i że wykorzystanie szpitala przez ludność dalej mieszkającą jest w odwrotnym stosunku do kwadratów z odległości (stat. ziemstw gub. kulturalnych, z dobrą komunikacyą i gęsto zaludnionych, jak moskiewskie); nawet kliniki obsługują prawie wyłącznie miejską i podmiejską ludność. Czy u nas jest tak samo? Brak również jest przybliżonych choćby wiadomości, ile obecnie rzeczywiście kosztuje pomoc lekarska dla robotników fabrycznych, jakie pod tym względem ciężary ponoszą fabrykanci i jakie robotnicy i t. d.?

Przechodząc zatem do ogólnego planu organizacyi szpitalnictwa i służby zdrowia, muszę zaznaczyć, że z jednej strony ujawnia ona zbytnią skłonność do centralizmu, nadając projektowanej centralnej komisyi zdrowia zadania i prawa nie wypływające z rzeczywistej potrze-

by zcentralizowania danej sprawy, z drugiej zaś zbyt mało liczy się z owym samorządem czy też autonomią, do której przez cały czas autorowie tęskne zwracają oczy. Wszędzie, gdzie samorząd istnieje, pomiędzy gminą samorządną a sejmem są pośrednie jeszcze organy: hrabstwa, okręgi, kantony, ziemie i t. p. Przypuszczać należy, że i u nas dla spraw wielu okazałaby się ta forma samorządu potrzebną i pożyteczną. Uważałbym, że na tym właśnie pośrednim organie, nazwijmy go radą i wydziałem obwodowym, musiałaby z natury rzeczy leżeć większość spraw sanitarno-lekarskich, gdyż gminy są, oprócz miejskich, zbyt małe i zbyt ubogie, aby samodzielnie mogły prowadzić szpitale, opłacać lekarzy sanitarnych, szkolnych itd., sejm zaś i wydział krajowy są zbyt daleko i mają zbyt wiele pracy kierowniczej ogólnej, aby mogły się zajmować sprawami tak lokalnego znaczenia, które przy tem ze względu na pewną rozmaitość warunków przyszłych obwodów, przypuśćmy częstochowsko-będzińskiego i suwalsko-augustowskiego, nie zawsze dadzą się podciągnąć pod jeden strychulec. Tylko pozostawienie jaknajszerszej inicyatywy społeczeństwu, tylko jaknajwiększa decentralizacya i możliwie szeroka autonomia samorządnych jednostek stworzy pyszną kulturę. Do organów centralnych powinny należeć tylko ogólno-krajowe sprawy, t. j. *sprawy, których drobniejsze jednostki samorządne rozwiązać nie są w stanie.* Z dziedziny lekarskiej za takie uważałbym prawodawstwo i walkę z ostremi chorobami zakaźnemi: cholera, dżuma, ospa u ludzi i zwierząt; prawodawstwo w zakresie hygieny, pracy i żywności; kliniki, wydział lekarski, weterynaryjny i farmaceutyczny, szkoły akuszeryjne, statystyka sanitarna, (centralny wydział statystyczny) i *być może* centralne szpitale dla obłąkanych. Wszelkie inne sprawy lekarsko-sanitarne mogą być przedmiotem pieczy sejmu i wydziału krajowego tylko z inicyatywy samorządów obwodowych, lub też, jeżeli z natury swojej nie mogą być terytoryalnie ograniczone, naprzykład nadzór sanitarny nad flisakami, w kilku obwodach położonych. Autorowie szerokie atrybucye i wielkie nadzieje na Główny Komitet Zdrowia opierają na tem, że w 4-ym i 5 lat dziesiętku XIX w. szpitalnictwo kwitło pod wpływem i dzięki staraniom podobnie centralistyczny Głównej Rady Opiekuńczej; ale wszak tempora mutantur et nos in illis — przez te $^1/_2$ wieku dojrzeliśmy i obejdziemy się bez paska, to jedno; a drugie, myślę, że decentralizacya w kierunku samorządu nawet w owe czasy dała by więcej dla rozwoju lecznictwa w kraju, niż Główna R. O. Wprost zrozumieć nie mogę, co mieli na myśli autorowie pisząc (str. 153) następne słowa: „poszczególne miasto, uwzględniając potrzeby li tylko miejscowe, może nieraz czynić poważne błędy z punktu widzenia gospodarki ogólno-krajowej". W jaki to sposób zdarzyć się może? Dlaczego np. Łódź, budując za swoje miejskie pieniądze szpitale, laboratorya, urządzając pomoc lekarską itd. zaszkodzić może, nie mówię całemu krajowi, ale sąsiednim Pabianicom.

Zdanie powyżej przytoczone mogę uważać tylko jako formę przeżytku, jako inkrustacyę w polskiej myśli biurokratyczno-centralistycznego myślenia. Trudno mi też inaczej zakwalifikać myśl, że hygienę w ludzie naszym trzeba będzie implantować gwałtem, że wskutek tego ta sfera działalności musi być ściśle odgraniczona od lecznictwa, aby nie mącić harmonii między lekarzem a chorym, (str. 293), że, wreszcie, działalność hygienistów „o tyle będzie miała praktyczne znaczenie, o ile posiadać oni będą pewną władzę wykonawczą" i potrzebne fundusze.

Myśl nowoczesna inaczej tę sprawę traktuje: tylko lekarz, który się z ludnością zżyje, a więc „lekarz-terapeuta", według słownictwa autorów, musi, może i wprowadzi w życie postulaty hygieny: jest to nietylko jego obowiązkiem dodatkowym ale owszem głównem jego powołaniem, ważniejszem od przepisywania ol. palmae christi i t-rae meconii; myśl ta mówi, że hygiena środkami policyjnymi w życie wejść nie może, że ta własnie działalność policyjno-hygieniczna praktycznego znaczenia niema i mieć nie będzie, po za szczupłym zakresem kontroli środków spożywczych na targach i jarmarkach, kontroli rzeźniczych. W razie obrazy praw ochraniających zdrowie ludności rola lekarza powinna się ograniczać do roli eksperta i kontroli, oskarzycielem może być w potrzebie władza policyjna, wreszcie każdy obywatel, — rozstrzyga sąd w procedurze uproszczonej i jaknajszybszej.

Jeszcze słów parę o komisyach sanitarnych, projektowanych przez autorów. Ma to być organ „wszechstanowy"? Co to jest? Czy to znaczy z przedstawiciel-

stwem od stanów, które mają być de novo w Polsce wprowadzone, czy też użyte jest zamiast bezstanowy, powszechny? Biedny „lekarz-terapeuta" został z tej wszechstanowej komisyi wygnany; przynajmniej przy omawianiu składu komisyi o nim mowy niema, a może by miał co do powiedzenia, możeby objaśnił np., że musi często zapisywać rycynę używającym wody z torfowiska.

Przechodząc z kolei do poszczególnych działów, jeszcze raz muszę wyrazić bezwzględne uznanie dla autorów działu traktującego o szpitalach i ich organizacyi w miastach.

W dziale tym widać głęboką i praktyczną znajomość rzeczy. Nie będę go streszczał, z znaczę tylko, że według autorów pomoc szpitalna winna być bezpłatna i powszechna, że fundusze na szpitale zbierane są drogą podatku powszechnego (specyalnego?), nałożonego na wszystkich dorosłych mieszkańców kraju. O ile zupełnie słuszną jest zasada bezpłatności, o tyle zdaje się przez wszystkich jest potępiony, sposób podatków szczegółowych, który krępować może tylko działalność samorządu; uważałbym za odpowiedniejszą taką zmianę tego punktu: fundusze na budowę i utrzymanie szpitali są wyznaczane z kasy krajowej, lub z kas obwodowych i gminnych, które czerpią dochody z podatków w sposób przez Sejm ustanowiony nałożonych. Pomijając inne drobne uwagi, jako rzetelny łodzianin od pięciu kwartałów nie mogę wybaczyć pominięcia Łodzi w tablicy na str. 140 jako wielkiego miasta i postawienia jej co do praw do ilości łóżek szpitalnych w jednym szeregu z jakąś Rawą lub Radomskiem.

Będę prosił o wybaczenie autorów Rozdz. IV, V, VI, IX, XI, XII i XIII, że je w szczegółowej recenzyi pominę, tembardziej, że naogół żadnych sformułowanych zarzutów nie mam, a na wyrażenie swej solidarności i streszczenie brak mi miejsca.

W tych rozdziałach jest mowa o pomocy położniczej, o domach wychowawczych, o pomocy lekarskiej w szkole, o walce z prostytucyą, o istniejącym i pożądanym wydziale lekarskim w Warszawie, o organizacyi wydziału farmaceutycznego.

Muszę jednak pomówić jeszcze o pomocy dla biednej i robotniczej ludności w miastach i na wsiach, ponieważ te działy uważam za najważniejsze praktycznie i najwięcej związane ze zmianą ogólnych warunków politycznych kraju. Kwestya lecznictwa, jak w miastach, tak i na wsiach, rozwiązaną jest na jednę modłę, mianowicie leczenie po za szpitalne t. j. ambulatoryjne i wizytacyjne ma być na koszt gmin miejskich i wiejskich, leczenie zaś poza szpitalne robotników fabrycznych i zarabiających do 720 rb. rocznie w miastach i włościan i parobków ma się odbywać drogą obowiązkowego wzajemnego ubezpieczenia z wolnym wyborem lekarza. Prócz tych mają być czynni specyalni lekarze—zaufani, załatwiający wszelkie ekspertyzy lekarskie i specyalni lekarze-przemysłowi, mający nadzór sanitarny nad fabrykami i zależni od Gł. Kom. Zdr. i lekarze-hygieniści, o których już mówiłem, po wsiach.

O ile projekt ten jest zupełnie racyonalny w warunkach miast i wielkich środowisk przemysłowych, gdyż opiera się na już istniejących kasach chorych i przedstawia tylko dalszy i pełniejszy ich rozwój, o tyle w warunkach wiejskich chybia zupełnie celu, co zdaje się odczuwają sami autorowie, i dąży do utrzymania status quo lecznictwa wiejskiego. Wszak i teraz gminy wyznaniowe żydowskie i dwory subsydyują lekarzy za leczenie biednych; ale, czy ci biedni mają przez to rzeczywiście zapewnioną pomoc, z której mogą być zadowoleni? Czy nie jest to przez lekarzy uważane za marny dodatek do wolnej praktyki, z którym wielce rachować się nie trzeba, bo za 300 nawet 600 rubli subsydyum utrzymać się nie można i, zawładnąwszy prywatną praktyką, konkurencyi można się nie bać. Możność ubezpieczeń wzajemnych, które mają wynosić do 5% zarobku, nawet autorom wydaje się na czas najbliższy wykluczoną. Za tem co pozostanie? Lekarze wolnopraktykujący z subsydyum od gmin i dworów? Toć to nie projekt, ta organizacya istnieje oddawna, ale nikt chyba jej za dobrą nie uważa. Autorowie, opierając się na przestarzałych i bardzo nieścisłych danych, w czambuł potępili medycynę ziemską w Rosyi; po przyjrzeniu się doszli do przekonania, żeśmy jeszcze nie dorośli do Niemców, rzekli więc: nechaj bude, jak buwało!

Wszyscy lekarze, rzeczywiście praktykujący na prowincyi: Rutkowski, Skalski, ostatnio Lidmanowski bardzo wypukle dowodzą konieczności małych lecznic wiejskich — autorowie projektu są za centralizacyą szpitalnictwa, rozprawiając się z kwestyą lecznic małych literalnie w 14 wierszach (str. 288).

Podnosząc raz jeszcze zasługę autorów przed społeczeństwem i wielką naogół wartość dzieła, śmiem tu wyrazić życzenie, aby prasa ogólna wskazała nań społeczeństwu i aby ta książka znalazła się w rękach wszystkich po obywatelsku myślących ludzi w kraju.

J. Grabowski.

Dr. S. Jessner. **Krótki podręcznik chorób skóry** z opisem wysypek przymiotowych i krótką kosmetyką. Biblioteka Lekarska. Spolszczyli z 2-go wydania niemieckiego W. Dobrowolski i W. Łuniewski.

Autor, pomimo że zakreślił swej pracy ramy niewielkie, tak umiejętnie potrafił zużytkować rozległy materyał naukowy, że dał nam podręcznik przystępny i treściwy. Ta umiejętność zużytkowania materyału, jak również jasność i zwięzłość wykładu, bardzo dobrze zalecają książkę. Odda ona przysługę nietylko lekarzom niespecyalistom; i więcej obeznani z chorobami skórnemi mogą w niej znaleźć nie jednę wartościową wskazówkę.

Podręcznik został przełożony na język polski z 2-go wydania niemieckiego (nawiasowo zauważę, że przed trzema miesiącami ukazało się trzecie wydanie). Pod względem terminologii polskiej miejscami dostrzedz można pewną dowolność Lupus erythematodes, naprzykład, niewłaściwie nazwano tu liszajem rumieniowatym (zam. wilkiem rumieniowatym lub różycowym). Niezręcznie zwłaszcza nazwano Trychophyton tonsurans — Liszajem wyłysiającym (str. 144 i inne) zam. liszajem strzygącym lub wypryskiem postrzygającym. Nazwa liszaj „wyłysiający" jest, zdaniem mojem, niewłaściwa już chociażby z tego względu, że przy omawianem cierpieniu niema wyłysienia w dosłownem znaczeniu. Przy Trychophyton tonsurans bowiem, jak wiadomo, nie zachodzi wypadanie włosów, lecz odłamywanie się pni włosów tuż nad skórą. Z tej samej racyi nazwa „Liszaj wyłysiający" może wreszcie dać powód do nieodróżniania Trychophyton tonsurans od Area Celsi s. Alopecia areata.

Co się tyczy przekładu — jest on dosyć staranny; tu i owdzie wprawdzie znajdujemy błędy językowe, niektóre nawet błędy są popełniane stale, jak n. p. „pod pęcherzycą rozumiemy choroby" (str. 177) zam. przez pęcherzycę; lub: „pod określeniem zapalenie skóry łuszczące się praktycznie rozumiemy szereg" i t. d. (str. 208); albo też: „pod różą rozumiemy" (str. 201) i t. d., i t. d.

Dodam wreszcie, że w podręczniku brak jest na końcu abecadłowo ułożonego spisu rzeczy, lecz nie jest to winą tych, którzy podręcznik tłumaczyli.

E. Sonnenberg.

KRONIKA.

(№ 98). — *Wakacyjne kursa lekarskie*, zamierzone w Krakowie w lipcu r. b., nie odbędą się w tym miesiącu i muszą być odłożone, gdyż zgłosiło się na nie po dziś dzień bardzo mało uczestników, (nawet na najważniejsze przedmioty kliniczne zaledwie po 3—4).

W nadziei, że za parę miesięcy ze zmianą stosunków politycznych nadejdzie stosowniejsza dla wznowienia kursów pora, poruszono myśl, by odłożyć kursa tylko na pół roku i spróbować urządzić je w Krakowie w grudniu r. b. w czasie feryi świątecznych, o czem dokładniejsza wiadomość podaną będzie w październiku za pośrednictwem prasy lekarskiej.

(№ 99) — W Bydgoszczy zawiązało się Towarzystwo Lekarskie.

(№ 100) — „Rocznik lekarski" uchwalił wydawać Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego i Towarzystwo lekarskie krakowskie. Będzie to bezpłatny dodatek do „Przeglądu lekarskiego", wydawany w niestałych odstępach czasu; a mieszczący obszerniejsze prace lekarskie, zwłaszcza nie służące bezpośrednio celom medycyny praktycznej. W najbliższym czasie ukaże się pierwszy zeszyt „Rocznika", obejmujący pracę docentów Droby i Kucery pt.: „Badania epidemii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Galicyi w roku 1905".

. (№ 101) — Zarząd Zdrojowy w Wysowy płacił przed laty lekarzowi zdrojowemu, kol. Jarosz o w i za sezon 800 koron; jego następcy, kol. Piotrowskiemu 600 koron; następnie kol. Ozdze płaci 400 kon; a ponieważ ten ustępuje, jako pensyę następnemu lekarzowi zdrojowemu wyznacza . 200 kor.! („Głos Lek."):

Charakterystyczne!

(№ 102) — *Galicyjska kasa dla chorych lekarzy* istnieje od lat trzech, liczy obecnie członków 173-ch.

Główne zasady ustawy tej kasy są takie:

Każdy członek, wskutek choroby niezdolny do zarobkowania, w domu i poza domem, otrzymuje

po zgłoszeniu się do Wydziału Kasy zasiłek w kwocie 8 kor. dziennie, który wypłaca mu się 1. i 15. każdego miesiąca, maksymalnie przez 100 dni. Jeżeli choroba, lub jej następstwa dłużej trwają, niż 100 dni, otrzymuje członek przez dalszych 80 dni po 4 kor. W razie śmierci członka wypłaca Kasa na koszt pogrzebu 200 kor.

Jeśli członek, będący chorym, może ordynować w domu, otrzymuje maksymalnie przez 100 dni po 4 kor. dziennie, a przez następnych dni 80 po 2 kor. dziennie.

Opłaty do Kasy stopniują się według wieku w chwili przystąpienia do Kasy: liczący 30 lat płaci rocznie 43 kor. 20 hal., liczący 31 do 50 lat płaci 64 kor. 80 hal., liczący zwyż 50 lat płaci 84 kor. 40 hal.

W pierwszych 5 latach istnienia Kasy, a zatem jeszcze w roku bieżącym i w roku przyszłym, mogą się wpisywać do Kasy wszyscy lekarze, przynależni do jednej z Izb galicyjskich, bez względu na wiek; później nie będą mieli prawa przystąpienia do Kasy lekarze, liczący więcej, niż 60 lat.

Chcący przystąpić do Kasy ma przesłać metrykę urodzin i świadectwo, wydane przez zaufanego lekarza Izby, że jest „zupełnie zdolnym do wykonywania praktyki lekarskiej". Przyjęcie odbywa się na posiedzeniu Wydziału zwykłą większością głosów.

Zgłaszający się zostaje członkiem Kasy z dniem przyjęcia przez Wydział a nabywa praw do zasiłku w cztery tygodnie po przyjęciu.

Wkładki można uiszczać w ratach miesięcznych, kwartalnych, półrocznych lub rocznych.

Podnieść należy, że nie odmawia się przyjęcia kolegom, dotkniętym jakąkolwiek chorobą przewlekłą, jeśli tylko faktycznie praktykę lekarską wykonują i do jej wykonywania są zdolni w chwili zgłoszenia.

W r. 1905 Kasa wypłaciła 43 członkom za 1084 dni choroby po 8 kor., a za 265 dni po 4 kor., razem *9696* kor. zasiłków w chorobie a *600* kor. na koszt pogrzebu dla trzech zmarłych członków, suma więc świadczeń w ciągu r. 1905 wynosiła *10296* kor. Z 43 członków, którzy pobrali zasiłki, 13-tu po dwa razy w ciągu tego samego roku korzystało z funduszów Kasy. Maksymalna kwota świadczeń za czas jednej choroby wynosi 1120 koron.

Jak wiadomo, w Królestwie istnieje Kasa o podobnych zadaniach od lat sześciu, w Łodzi. Wprawdzie wydaje tylko 3 ruble dziennie lekarzom zupełnie niezdolnym do pracy z powodu choroby, ale tę zapomogę wypłaca w ciągu sześciu miesięcy; w razie śmierci wydaje na koszt pogrzebu rubli 100. Składka roczna wynosi dla wszystkich uczestników rubli dziesięć.

(№ 103) — W Łodzi powstaje „Koło lekarzy fabrycznych":

(№ 104) — *Unarodowienie zakładu Ciechocińskiego.* Wobec uchwały Towarzystwa Hygienicznego Warszawskiego w sprawie unarodowienia zakładu Ciechocińskiego, urzędnicy komitetu tego zakładu postanowili przeciwdziałać temu, wytaczając cały szereg „contra" motywów, jakoby prawnych. Przy sposobności należy przypomnieć, że zakład w Ciechocinku stanowi w swoim rodzaju unikat, gdyż wszystkie tego rodzaju zakłady w całem państwie, a w tej liczbie i Busk, znajdują się w zawiadywaniu b. ministeryum dóbr państwa, jedyny tylko zakład Ciechociński jest pod zarządem ministeryum spraw wewnętrznych. Zakładem kieruje specyalny komitet, złożony z kilku urzędników kancelaryi generał-gubernatora. Czysty dochód z eksploatacyi dosięga przeciętnie 70,000 rb. rocznie. Komitet zakładu nie ogłasza żadnych sprawozdań ze swej gospodarki, gdyż wszystko to pozostaje tajemnicą kancelaryjną.

(№ 105) — Organizowanie się różnych grup społecznych w celu jaknajtańszego opłacania pracy lekarskiej jest złem, które wkrótce i nam grozi. To też już dziś wszechstronnie nad tą sprawą stanowić się wypada.

Tania pomoc lekarska musi być złą, choćby z tego jednego powodu, że, chcąc na utrzymanie zarobić, lekarz pracować musi szybko, więc niedbale.

O jednej z postaci takich stowarzyszeń, mających — między innemi zadaniami — na celu hurtowny, więc tani, zakup usług lekarskich, o t. zw. Kasach majsterskich (wzorowanych na Kasach robotniczych) pisze kol. S. w „Krakowskim Przeglądzie lek." (№ 20).

„Kasy majsterskie istnieją dotąd wyłącznie w Wiedniu, a istnieją dopiero od siedmiu lat. Kiedy je majstrowie wiedeńscy postanowili potworzyć, zajęła się tą sprawą Izba lekarska wiedeńska, słusznie przewidując w kasach majsterskich groźne niebezpieczeństwo dla całego stanu lekarskiego. Kiedy nie udało się osiągnąć tego, by kasy majsterskie członków swoich tak ubezpieczyły, żeby z tego nie wynikła szkoda dla całego stanu lekarskiego, bo kasy postanowiły świadczyć swoim chorym członkom także i bezpłatną pomoc lekarską w chorobie, wtedy zajęli się tą sprawą lekarze wiedeńscy sami, bo izba nie mogła wzbronić swym członkom przyjmowania posad w instytucyi, opierającej się na prawie. Sprawą tą jednak pokierowano w ten sposób, że lekarze wiedeńscy zwołali wiec, na którym uchwalili, że przyjęcie posady w jakiejkolwiek postaci, nawet w postaci „wolnego wyboru lekarzy", w kasie majsterskiej jest niegodne lekarza, że się sprzeciwia godności zawodowej. I wtedy Izba, wykonując uchwałę wiecu, zażądała od poszczególnych lekarzy zobowiązania się pod słowem honoru, że posady w kasie majsterskiej nie przyjmą, a tych lekarzy, którzy mimo zobowiązania się później posady takie przyjmowali, pozywała o złamanie słowa honoru. Jednakże tym kolegom, którzy słowa nie dali i posady przyjęli, Izba nic nie mogła i nie może zrobić. To już należy do organizacyi.

Przy tej sposobności należy do dokładności wspomnieć, że przed dwoma laty powstały w Wiedniu dwie kasy zarejestrowane zapomogowe, a że to są takie instytucye, które mogą istnieć, ale „nie muszą", więc przeciw nim już Izba sama wystąpiła i zabroniła przyjmować posad w tych kasach lekarzom, orzekła, że to nie godzi się z honorem lekarza i że dlatego będzie lekarzy, którzyby posady w tych kasach zarejestrowanych przyjęli, karać. Mimo to znalazło się ośmiu lekarzy, którzy posady przyjęli, a od orzeczenia karnego Izby odwołali się do Namiestnictwa. Namiestnictwo nie zgodziło się na zapatrywanie Izby i zniosło orzeczenie Izby, upatrując w niem dlatego bezprawie, że przeszkadza obywatelom spełnić to, na co zezwala ustawa. Ustawa bowiem pozwala tworzyć zarejestrowane kasy zapomogowe, a orzeczenie Izby uniemożliwia ich istnienie. Wśród tej walki z Namiestnictwem już dwa razy składała Izba wiedeńska swoje mandaty, a ministeryum, do którego się Izba odwołała, dotąd rekursu nie załatwiło. Sprawa jest więc jeszcze wciąż nie rozstrzygnięta.

Kasy majsterskie o tyle się różnią od zarejestrowanych zapomogowych, że one właściwie są instytucyą, wymaganą przez ustawę i to przez tę ustawę z r. 1883. ustawę przemysłową, która powołała do życia stowarzyszenia przemysłowe, zalecając im starannie się o pomoc dla swych członków w chorobie. Ustawę tę wprawdzie na papierze jeszcze w r. 1883 wydrukowano, ale nigdy władze nie przestrzegały jej w tym kierunku, by stowarzyszenia przemysłowe przynaglać do tworzenia jakichś kas zapomogowych na przypadek choroby. Dopiero przed siedmiu laty przypomnieli sobie majstrowie wiedeńscy, że im ustawa każe tworzyć kasy chorych i dlatego to właśnie, że, ściśle rzecz biorąc, ustawa istotnie wymaga tworzenia kas chorych od stowarzyszeń przemysłowych, Izby lekarskie nie mogły „de jure“ przeciw nim występować.

Bardzo łatwo być może, że za przykładem Wiednia pójść zechcą kiedy stowarzyszenia przemysłowe (majsterskie) i innych miast monarchii, bardzo być może, że duch organizacyjny, coraz szersze masy przenikający, zechce wciąż tworzyć nowe kasy zarejestrowane — i dlatego to lekarze zawczasu wiedzieć powinni, co to są za instytucye, które im posady może kiedy zaofiarują. Zdaje nam się więc, że jedyną drogą, wiodącą do celu, jest objaśnianie kolegów, czem są kasy majsterskie, czem kasy zarejestrowane, że tak jedne jak i drugie głęboko wnikają w interesy całego stanu lekarskiego i że dlatego przyjmowanie w nich posad przez kolegów jest zbrodnią, popełnioną wobec całego zawodu. Proszę zważyć, że do kas majsterskich należą majstrowie, a więc w ogromnej większości ludzie, napewno mogący płacić za pomoc lekarską; o ileby zaś między majstrami znajdowali się ludzie finansowo podupadli, to niechaj ich koledzy zawodowi wspierają, ale ze swojej, nie lekarza kieszeni. Zresztą kasy majsterskie mogą być tak urządzone, żeby lekarzom nie szkodziły, mogą ubezpieczać swych członków tylko na t. zw. zasiłek czyli wsparcie pieniężne w chorobie; niechby ten zasiłek był większy, a niech sobie majster sam opłaca lekarza. A jeżeli majstrowie twierdzą, że chcą tworzyć kasy właśnie dla swych podupadłych kolegów, to niech je utworzą (ale tylko do wypłacania zasiłków), ale niechaj sami, o ile są bogaci, z nich nie korzystają—a wtedy będą zasiłki dla chorych tak wielkie, że na pewno bez uszczerbku będą mogli biedni majstrowie płacić lekarzy i jeszcze może lepiej na tem wyjdą. Każdy uczciwy człowiek musi się na to zgodzić, że bogaty majster nie może żądać od lekarza porady za kilka centów.

Lekarzom należy w sprawie kas zarejestrowanych zwracać na to wyraźnie uwagę, że on już Istnieć wcale nie muszą, ale tylko mogą, i że przyjmować mogą na członków ludzi nawet i najbogatszych. Dlatego powinni lekarze, przyjmujący posady w takich kasach, byś napiętnowani. Proszę sobie uprzytomnić, że kasę zapomogową zurejestrowaną może sobie urządzić każde stowarzyszenie, n. p. każde bractwo kościelne, do którego mogą należeć ludzie, wyznający jeden obrządek, ale do którego mogą należeć i najbogatsi bankierzy i kupcy.

Przecie chyba w takich kasach chorych, tem bardziej, że one „nie muszą“ istnieć, nie powinni lekarze, strzegący zarówno swego honoru, jak i interesu materyalnego, przyjmować posady.

A kiedy będziemy mieli uświadomionych kolegów, to w danym razie nie tak trudno będzie skłonić ich nie groźbą, ale życzliwą radą do zobowiązania się, że posad ani w majsterskich, ani w zarejestrowanych kasach nigdy nie przyjmą. I zdaje mi się, że byłoby na czasie, że przedewszystkiem organizacye lekarzy już zaczęły w tym kierunku działanie i żeby zbierały od wszystkich kolegów takie zobowiązania na piśmie teraz, kiedy mamy na to sporo czasu. Gromochrony powinniśmy budować przed burzą; kiedy się zaczną na horyzoncie pokazywać groźne chmury, wtedy już może być zapóźno“.

(№ 106) — *Czy lekarz sądowy ma prawo zdjąć opatrunek w nieobecności lekarza ordynującego?*

Tę sprawę, poruszaną już na szpaltach „Czasopisma“, podnosi w „Głosie lekarzy“ (№ 11) kol. S. Mikołajski, pisząc:

„Zdarza się nieraz, że komisya sądowo-lekarska zjawia się u chorego, który doznał znacznych uszkodzeń ciała i któremu lekarz ordynujący po opatrzeniu należytem uszkodzeń założył opatrunek. Aby obejrzeć i zbadać część ciała uszkodzoną i ocenić rodzaj i stopień uszkodzenia, trzeba usunąć opatrunek. Ale przeciw zdejmowaniu opatrunku przemawiają w tym wypadku bardzo ważne względy.

Lekarz sądowy staje tu w kolizyi z obowiązkami deontologicznymi, albowiem zdjęcie opatrunku usuwa sposób leczenia, przez lekarza ordynującego wdrożony, a takie wkraczanie w zakres działalności kolegi ze stanowiska etyki zawodowej jest niedopuszczalne.

Ważniejsza jeszcze jest ta okoliczność, że po zdjęciu opatrunku chory aż do ponownego zawezwania lekarza ordynującego byłby narażony na zakażenie rany, lub w ogóle na pogorszenie stanu zdrowia. Zdjętego opatrunku lekarz sądowy na nowo nałożyć nie może, gdyż materyały opatrunkowe podczas ich usuwania uległy infekcyi i powtórne ich zastosowanie może stać się powodem zakażenia rany. Innego zaś materyału opatrunkowego lekarz sądowy nie ma pod ręką.

A dalej założenie opatrunku jest czynnością leczniczą, przekraczającą zakres kompetencyi lekarza sądowego, który ma jedynie badać i oceniać uszkodzenie. Gdyby lekarz sądowy wdawał się w zabiegi lecznicze, narzucałby się choremu w roli lekarza ordynującego, co byłoby zdrożnem ze stanowiska etyki zawodowej. W razie opatrunków więcej skomplikowanych lekarz sądowy nie ma często należytej wprawy, aby usunięty opatrunek restytuował.

W innych razach przyłącza się jeszcze i ten wzgląd, że lekarz sądowy niedawno odbywał sekcyę sądowo-lekarską, że więc, ile możności, nie powinien się dotykać rany z obawy przed jej zakażeniem.

Oprócz infekcyi może zagrażać choremu w pewnych przypadkach niebezpieczeństwo krwotoku po usunięciu opatrunku, a lekarz sądowy nie ma pod ręką wszelkich środków dla należytego zatamowania krwawienia.

Wreszcie, po usunięciu opatrunku chory narażony jest na nadzwyczajny wydatek, gdyż musi wezwać lekarza ordynującego w celu założenia powtórnego opatrunku, nieraz dość kosztownego.

Wobec tych różnych kolizyi byłoby najwłaściwszem, aby lekarz sądowy odmówił usunięcia opatrunku w nieobecności lekarza ordynującego. Ale w takim razie spotka się on z opozycyą sędziego, który zazwyczaj nie rozumie ważności przeciwwskazań i który przedewszystkiem staje w obronie skarbu państwa, mogącego ponieść nadzwyczajny wydatek przez odroczenie komisyi i przez zawezwanie do ponownych oględzin także lekarza ordynującego.

A gdy kierownictwo komisyjnemi czynnościami należy do sędziego, który nie jest tu krępowa-

ny żądnemi postanowieniami proceduralnemi, więc najczęściej tak bywa, że sędzia, nie bacząc na wszelkie inne względy, ma na oku tylko interes sądu i natychmiastowe zbadanie uszkodzonego lekarzowi poleca, jeżeli zaś lekarz do tego polecenia się nie zastosuje, może być na niego nałożona grzywna i zwrot kosztów udaremnionej rzekomo z jego winy komisyi.

Zachodzi więc konieczna potrzeba, by w drodze urzędowej unormowano sposób postępowania w tego rodzaju zdarzeniach, gdyż oczywiście jest tutaj wielka luka w przepisach proceduralnych, pochodzących jeszcze z czasów, kiedy o antyseptyce i aseptyce nie było mowy i kiedy kwestya zmiany opatrunku ze względu na dobro chorego nie przedstawiała się tak ważną, jak obecnie.

Dobrze tedy uczyniła Sekcya niemiecka Izby lekarskiej w Czechach, że za pośrednictwem Izby lekarskiej krakowskiej, jako Izby gospodarczej, wystosowała do wszystkich Izb lekarskich w Przedlitawii pytanie, czy lekarz sądowy ma prawo zdjąć opatrunek w nieobecności lekarza ordynującego i kto ma ponosić odpowiedzialność za możliwe, niekorzystne dla chorego następstwa. Sekcya niemiecka Izby lekarskiej w Czechach proponuje, aby Izby wyraziły w tym przedmiocie zbiorową swą opinię i wniosły do ministerstwa podanie o stosowne unormowanie sprawy.

Izby lekarskie mogą tę rzecz rozstrzygać tylko ze stanowiska etyki lekarskiej, której podstawą jest wzgląd na dobro chorego. Nie możemy pod żadnym warunkiem odstąpić od zasady: „primum non nocere!" Tam więc, gdzie lekarz sądowy uzna, że zdjęcie opatrunku naraziłoby chorego na jakiekolwiek niebezpieczeństwo, nie ma on prawa zdejmować opatrunku i żadne grzywny, żadne kary nie powinny zachwiać jego przekonaniem.

Przed zdjęciem opatrunku jednak lekarz sądowy często nie jest w stanie ocenić, czy usunięcie opatrunku nie spowoduje dla chorego szkodliwych następstw, nie wie bowiem, jakiego rodzaju jest uszkodzenie i jaki był dotychczasowy przebieg cierpienia. Wyjaśnień w tym względzie może udzielić tylko lekarz ordynujący.

Na pytanie zatem Sekcyi niemieckiej Izby lekarskiej w Czechach należy ze stanowiska etyki lekarskiej odpowiedzieć stanowczem zaprzeczeniem i stwierdzić, że lekarz sądowy nie ma prawa usuwać opatrunku w nieobecności lekarza ordynującego.

A z tego wynika, że sąd powinien do udziału w komisyi sądowo-lekarskiej wzywać lekarza ordynującego. Aby oszczędzić kosztów stronie i rządowi, byłoby najlepiej, gdyby sąd porozumiał się z lekarzem ordynującym, kiedy zamierza zmieniać opatrunek i gdyby przy tej sposobności badanie sądowo-lekarskie zarządził. Gdyby to było niemożliwem, rząd powinien ponosić koszt sprowadzenia lekarza ordynującego jedynie dla celów badania sądowego, jak również pokryć koszt opatrunku ponownego.

Dla uspokojenia sumienia lekarza sądowego wystarczyłoby także, gdyby lekarz ordynujący na żądanie sądu dał wyjaśnienie przed wyznaczeniem komisyi sądowo-lekarskiej, że w danym wypadku można bez obawy szkodliwych następstw dla chorego zdjąć opatrunek w nieobecności lekarza ordynującego i że ten nie ma nic przeciw temu, aby przy zmianie opatrunku, potrzebnej dla celów sądowych, zastąpił go lekarz sądowy. W takim razie sąd powinien lekarzowi sądowemu dostarczyć potrzebnych materyałów opatrunkowych i za zmianę opatrunku osobno go wynagrodzić. Wtedy lekarz sądowy występowałby z polecenia sądu również jako zastępca lekarza ordynującego, a odpowiedzialność jego zabieg leczniczy, jakim jest opatrunek, wydałoby oceniać tak samo, jak w zwykłych przypadkach zastępstwa lekarza ordynującego przez innego lekarza.

Nie sądzę, aby rząd wydał rychło stosowne normy co do postępowania sędziego i lekarza sądowego przy zmianie opatrunku, której badanie sądowo-lekarskie wymaga. Wzgląd oszczędnościowy jest u nas, jak wiadomo, decydującym w sferach rządowych, a należyte uregulowanie sprawy nie obeszłoby się bez zwiększenia wydatków ze skarbu państwa.

Zanim rząd zdecyduje się na wydanie stosownych rozporządzeń, lekarz sądowy powinien we własnym interesie w każdym poszczególnym przypadku z góry usunąć od siebie wszelką odpowiedzialność za następstwa i oznajmić sędziemu, że lekarzowi sądowemu wzbrania etyka lekarska zmieniać opatrunek w nieobecności lekarza ordynującego.

Przy mniej skomplikowanych opatrunkach zapewne sędzia poleci samemu choremu, lub komuś z otoczenia, zdjąć opaskę i wtedy lekarz sądowy obejrzy uszkodzenie i podyktuje wywód oględzin. Jeżeli będą w domu chorego materyały opatrunkowe, może lekarz sądowy ponad swój obowiązek założyć potem tymczasowy opatrunek aż do przybycia lekarza ordynującego.

Zachodzi jeszcze pytanie, jak się ma zachować lekarz sądowy, gdy chory nie wzywał lekarza w celu nałożenia opatrunku, lecz po swojemu sobie radził, lub oddał się w ręce znachora.

Tuż już nie zachodzi kolizya z lekarzem ordynującym, a opatrunek, nie odpowiadający wymogom sztuki lekarskiej, uznać trzeba za szkodliwy dla chorego, usunięcie więc tego opatrunku nie jest ze stanowiska etyki lekarskiej wzbronione. Gdy jednak i przy usuwaniu takiego opatrunku mogą zajść niebezpieczne dla chorego okoliczności, np. krwotok, przeto lekarz sądowy powinien być na wszelki wypadek zaopatrzony w niezbędne środki i materyały opatrunkowe, których ma sąd dostarczyć. Jeśli zaś sąd odmawia dostarczenia tych środków, lekarz sądowy musi sobie radzić tak, jak radzi sobie lekarz przy nagłym wypadku, gdy nie ma żadnych potrzebnych przyborów, wypadnie mu więc ograniczyć się do prymitywnego doraźnego zabezpieczenia uszkodzonej części ciała i pouczyć chorego, że stan jego wymaga racyonalnej pomocy chirurgicznej".

(№ 107) — „Na szpital Czerwonego Krzyża w Łodzi. Ministeryum spraw wewnętrznych zezwoliło na wyasygnowanie z funduszów kasy miejskiej 25,000 rubli na potrzeby szpitala fabrycznego Czerwonego Krzyża.

Wypłata tej sumy uskutecznioną będzie w 2-ch ratach po rb. 12,500." („Rozwój").

Sprawa asygnowania przez magistrat łódzki nowej zapomogi dla szpitala, który prawie że zwinął swą działalność, a już zgoła — jako prywatny — nigdy do tych zapomóg prawa nie miał jest nowem krzyczącem nadużyciem funduszy publicznych.

Nam się zdaje, że wypadałoby pociągnąć do odpowiedzialności majątkowej Panów radnych, którzy się na takie i temu podobne asygnowanie pieniędzy miejskich godzą.

Bo chyba za nikły to powód, że pan Pieńkowski, dotąd jeszcze prezydent m. Łodzi, jest kuratorem szpitala Czerwonego Krzyża, by w to prywatne przedsiębiorstwo spółki: fabrykantów łódzkich i Czerw. Krz. kłaść *drugą setkę tysięcy* rubli pieniędzy miejskich!

(№ 108) — *Odpoczynek świąteczny lekarzy.* We Frankfurcie nad Menem lekarze zaprowadzili dyżury po 2 w każdym z 7 rewirów, na jakie miasto podzielono. Od godziny 12-ej w południe, w razie nagłego zasłabnięcia, publiczność może wzywać lekarza z jednego z tych rewirów. Do godziny 12-ej zajęcia lekarskie odbywają się w zwykłym porządku.

(№ 109) — Godności Prezesa zrzekł się w Tow. lek. warszawskiem kol. T. D u n i n. Na jego miejsce wybrano kol. W. K a m o c k i e g o, dotychczasowego wice-prezesa.

(№ 110) — W „Gazecie Lek.“ (№ 21) znajduje się następująca odpowiedź od Redakcyi:

„Kol. W. Czy „Tygodnik Lekarski Lwowski“ wychodzi, powiedzieć nie umiémy, gdyż mimo kilkakrotnej reklamacyi, od kilku miesięcy „Tygodnika“ nie otrzymujemy“.

Redakcya „Czasopisma lek.“ również pragnęła by wiedzieć, czy „Tygodnik lekarski“ wychodzi, bo też nie odbiera tego właśnie i wyłącznie wydawnictwa lekarskiego polskiego.

Komitet redakcyjny:
J. Brudziński, L. Fankanowski, A. Goldman, J. Grabowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche. J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, S. Serkowski, S. Skalski E. Sonnenberg, H. Trenkner.

Wydawca: Dr. S. Serkowski. **Redaktor:** Dr. S. Sterling.

Druk A. Karskiego w Łodzi.